

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

**Komparační studie sociální práce v hospici v České republice a
v Kanadě**

**Comparative study of social work in hospice care in Czech
Republic and Canada**

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autorka:

Bc. Irena Mašatová

Praha 2015

Děkuji paní profesorce PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za odborné vedení práce a cenné rady. Dále také děkuji všem ochotným respondentům, bez nichž by se nemohla uskutečnit výzkumná část.

Také děkuji svému příteli a celé své rodině za podporu a trpělivost.

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Komparační studie sociální práce v hospici v České republice a v Kanadě napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Praze dne

Irena Mašatová

Anotace

Tématem této diplomové práce je komparace sociální práce v hospicích v České republice a v Kanadě a práce je zaměřena především na zjištění rolí a kompetencí sociálních pracovníků. Úvodní část se zabývá objasněním historie hospicové péče jak v České republice, tak v Kanadě a seznamuje s principy, hodnotami a formami pomoci hospicového hnutí. V dalších kapitolách se věnuje problematice financování hospicové péče a vizím a aspiracím hospicových asociací do budoucna. Dále následují kapitoly popisující kvalifikaci sociálních pracovníků, jejich finanční ohodnocení a specifika ve vytváření motivačních programů pro tuto profesi. Další kapitoly extenzivně seznamují s výčtem rolí a kompetencí sociálních pracovníků v HPP, jejichž praktikování se v praxi snaží ověřit výzkumná část. Ta je zaměřená na dvě cílové skupiny, sociální pracovníky a veřejnost. U sociálních pracovníků se snaží zjistit jejich pracovní agendu a u veřejnosti obecnou znalost pojmů z oblasti HPP a jejich mínění o sociálních pracovnících.

Klíčové pojmy: Hospicová paliativní péče, Komparace, Problematika financování, Sociální služby, Kvalifikace sociálních pracovníků, Prestiž oboru sociální práce, Role a kompetence, Adekvátnost ohodnocení sociálních pracovníků

Annotation

The main focus of this diploma thesis is on comparison of social workers agendas between Czech Republic and Canada in HPC. The main goal is to describe the most essential and desirable roles and competencies of social workers in hospices. The first thematical block is describing the history of hospices in both countries, their values, and formes of help. Into this block is belonging also the topic of financial funding and goals of the hospice associations for the future. Next chapters are devoted to the field of social work. We are examining the qualification, the financial adequacy, the prestige of this field and the specifications for effective motivation of these specialists. The third block is extensively examining the roles and competencies of social workers HPC. These results we are trying to verify in the survey part. We are asking both, the social workers as well as the public on the level of essentiality of every single social worker role.

Key words: Hospice Palliative Care, Comparison, The Financial Funding, Social Services, Qualification of Social Workers, The Prestige of Social Work, The Roles and Competencies, The Financial Adequacy

Obsah

Anotace	4
Annotation	4
Seznam zkratk	7
Úvod	8
1. Deskripce paliativní a hospicové péče	10
1.1 Historie hospicového hnutí	10
1.1.1 Česká republika.....	10
1.1.2 Kanada	12
1.2 Principy a formy hospicového hnutí	13
1.2.1 Česká republika.....	13
1.2.2 Kanada	16
1.3 Problematika financování hospicové péče	19
1.3.1 Česká republika.....	19
1.3.2 Kanada	20
1.4 Vize a aspirace hospicových asociací do budoucna.....	22
1.4.1 Česká republika.....	22
1.4.2 Kanada	23
2. Komparace oboru sociální práce.....	25
2.1 Kvalifikační požadavky	25
2.1.1 Kvalifikační požadavky v České republice	25
2.1.2 Kvalifikační požadavky v Kanadě	27
2.2 Finanční ohodnocení sociálních pracovníků	28
2.2.1 Česká republika.....	28
2.2.2 Kanada	29
2.3 Prestiž oboru sociální práce	31
2.3.1 Identita sociální práce	31
2.3.2 Česká republika.....	32
2.3.3 Kanada	33
3. Motivace sociálních pracovníků	36
3.1 Vymezení základních pojmů.....	36
3.1 Specifika motivování sociálních pracovníků	37
4. Komparace sociální práce v paliativní a hospicové péči	39
4.1 Role sociálních pracovníků v Kanadě.....	39
4.1.1 Advocacy = etická arbitráž.....	40
4.1.2 Assessment = zhodnotitel.....	41

4.1.3 Care Delivery = zprostředkovatel péče	42
4.1.4 Care planning = organizátor a dozorce kvality péče	44
4.1.5 Community capacity building = informátor a vzdělavatel	44
4.1.6 Evaluation = zjišťovatel a plnitel potřeb klientů	45
4.1.7 Decision Making = Pomocník v hledání řešení	46
4.1.8 Education and research = Výzkumník	47
4.1.9 Information Sharing = poradenství a zprostředkování informací	48
4.1.10 Interdisciplinary team = organizátor mezioborové spolupráce	49
4.1.11 Self-Reflective Practise = praktikant sebereflexivní praxe	50
4.2 Role sociálních pracovníků v České republice	51
4.3 Katalog Národní soustavy povolání a připravovaný profesní zákon sociálních pracovníků ..	54
5. Komparační šetření rolí sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči v České republice a v Kanadě.....	59
5.1 Výzkumný problém.....	59
5.2 Cíle šetření	60
5.3 Hypotézy	61
5.4 Úkoly šetření	61
5.5 Výzkumné metody a metodika výzkumného šetření	62
5.6 Výsledky výzkumného šetření a jejich interpretace.....	63
5.6.1 Role a motivace sociálního pracovníka pro práci v hospicové paliativní péči v České republice a v Kanadě	63
5.6.2 Hodnocení významnosti práce sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči pohledem veřejnosti	76
5.7 Závěry šetření.....	84
Závěr.....	87
Literatura.....	90
Seznam grafů.....	93
Přílohy	95

Seznam zkratk

HPC – hospice palliative care

HPP – hospicová paliativní péče

APHPP - Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

CPCA - Asociace kanadské paliativní péče

WHO – Světová zdravotnická organizace

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České Republiky

Úvod

„Přeje si to 80 procent lidí, je to o polovinu levnější než ta nejlevnější varianta téhož, kterou nabízí nemocnice, ale hrazené zdravotními pojišťovnami to není – co je to? Paliativní péče a dle průzkumů tento termín neznají na čtyři pětiny populace,“ uvádí ředitel Cesty domů pro Lidové Noviny Marek Uhlíř. (www.ceskapozice.lidovky.cz) Je neznalost pojmu paliativní, tabuizaci smrti a ošemetnost financování hospicové péče realitou i v Kanadě? Nejen touto otázkou se budu zabývat v následujících kapitolách a i ve svém výzkumném šetření. Následující text bude sloužit jako hrubý náčrt toho, co se bude v této diplomové práci rozebírat.

Proč jsem se rozhodnula porovnávat dvě naprosto odlišné země, co se rozlohy, populace, historie a rozvržení sociálního systému týče? Hospicové a paliativní péči v České republice jsem věnovala svou bakalářskou práci, a jelikož se mi nově naskytla příležitost žít dva roky v Kanadě, zdá se mi inspirující udělat komparaci hospicové paliativní péče v těchto dvou zemích. Konkrétně se chci zaměřit na historii hospiců v Kanadě a České republice, popsat jejich principy péče a formy pomoci, které umírajícím lidem nabízejí. Mojí snahou bude také popsat problematiku financování hospiců a vize a aspirace hospicových hnutí do budoucna podle jejich asociací. Tímto uvedením do kontextu a významu hospice se přenesu k popisu kvalifikačních požadavků na sociální pracovníky, uvedu jejich platové ohodnocení a prestiž oboru sociální práce. Krátce se budu také věnovat specifickým motivacím sociálních pracovníků. Cílem těchto kapitol je ukázat jak vědomostní tak i osobnostní požadavky na sociální pracovníky a zjistit, zda jsou adekvátně oceněni, jak společností, tak i po finanční stránce. Tím se dostanu k specifické oblasti sociální práce v hospici a k popisu jednotlivých rolí sociálních pracovníků v péči o umírající podle kanadské a české odborné literatury. Má další intence je provést výzkumné šetření.

Výzkumná část diplomové práce se bude ptát sociálních pracovníků na důležitost jednotlivých profesních rolí ze seznamu, který plánuji sestavit podle kanadské a české odborné literatury. Mým cílem je i zjistit pomocí dotazníku úroveň spokojenosti sociálních pracovníků v jejich práci a také zjistit úroveň motivace, kterou vykazují. Sérií otevřených otázek se budu snažit zjistit, které z rolí zastávají v každodenním životě, jaké role hodnotí jako smysluplné, které nezastávají a přejí si, a které role naopak v denním životě zastávají a v mém seznamu chybí. Prostor chci dát i veřejnosti a zjistit jejich mínění o důležitosti, prestiži a o adekvátnosti finančního ohodnocení sociálních pracovníků. V závěru práce chci interpretovat výsledky a

provést nad nimi diskusi. Osobně doufám, že se mi dané znalosti podaří v budoucnu implementovat do vlastní praxe

1. Deskripce paliativní a hospicové péče

V této kapitole se zaměřím na historii hospicové péče v obou zemích, na principy a hodnoty, které tyto hnutí vyznávají a na formy pomoci, které nabízejí lidem. Budu se zabývat problematikou financování hospiců, které jsou v obou zemích neziskové instituce a vizím a aspiracím těchto hnutí do budoucna. To celé má posloužit jako úvod do problematiky hospicové paliativní péče a přiblížit sociální historii a současnou situaci v obou zemích.

1.1 Historie hospicového hnutí

Jako vhodné uvedení do kontextu hospicového hnutí v obou zemích chci krátce pohovořit o jejich historii a vývoji, který mají za sebou. Úmyslem je poukázat na ne vždy jednoduchou cestu, kterou hnutí procházela a jaké iniciativy při tom vznikaly.

1.1.1 Česká republika

Zhruba do padesátých let 20. století byla péče o umírající převážně v rukou laiků. Rady, jak pečovat o umírající a jak se chovat v této náročné životní situaci se předávaly v rodinách z generace na generaci. Umírání mělo charakter sociálního aktu a všeobecně panovala jistota, že nikdo z rodiny nezemře opuštěn. Součástí rituálu umírání byla poslední vůle, zpověď a svátost smíření. Lékaři jako odborníci se o umírající začínají starat počátkem devatenáctého století. V průběhu devatenáctého století a počátkem dvacátého století k běžným povinnostem rodinných lékařů patřilo i tišení bolesti umírajících (Vorlíček, 2004, s. 372). Se zánikem institutu domácích lékařů a vznikem státem řízeného zdravotnictví se péče o umírající přesouvá do institucionálních podmínek. U nás se hospicové hnutí v pravém slova smyslu začalo rozvíjet po sametové revoluci v roce 1989, která s sebou přináší důraz na akceptaci lidských práv, čímž dává společnosti šanci na rozvíjení nových humánních postupů v péči o umírající. Rozvoj hospicové péče byl v České republice započat v rámci změn, které v českém zdravotnictví probíhaly od začátku devadesátých let. V nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních umírá více než 87 % lidí (Misconiova, 1998, s. 46).

V roce 1991 byla při Ministerstvu zdravotnictví založena "Pracovní skupina pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče". Tato pracovní skupina byla složená z odborníků i laiků a podporovala rozvoj nových druhů zdravotních služeb, které v České republice dosud chyběly nebo byly nedostatečně rozvinuty. Od roku 1991 do roku 1994 probíhal experimentální projekt s názvem "Charitní ošetrovatelská služba v rodinách", jehož úkolem bylo rozšířit v České republice domácí zdravotní péči v situaci, kdy pro ni neexistovaly legislativní podmínky. Po

čtyřech letech dochází ke změně legislativních podmínek a tato péče začíná být hrazená systémově, ze zdravotního pojištění. Od počátku spolupracovala s výše zmíněnou pracovní skupinou i zakladatelka hospicového hnutí u nás, doktorka Marie Svatošová. Již v průběhu zmíněného projektu se začala vyčleňovat péče o klienty v terminálních stavech jako samostatná problematika a současně s ukončením projektu "Charitní ošetrovatelská služba v rodinách" začalo Ministerstvo zdravotnictví investičními dotacemi podporovat vznik prvního modelového hospice v České republice. Pojmy hospic a hospicová péče začaly získávat přesnější obsah přímo v praxi. Odbor sociální péče Ministerstva zdravotnictví podporoval šíření hospicové myšlenky všemi způsoby. Současně se státními dotacemi na výstavbu hospiců byly také finančně podpořeny kurzy paliativní medicíny pro zdravotníky i projekty rozsáhlé edukační činnosti určené pro nejširší veřejnost. Bylo zřízeno edukační hospicové centrum a probíhala přednášková turné k problematice hospicové péče. Tyto aktivity probíhají i v současné době. Zkušenosti ukázaly, že tato příprava nebyla zbytečná. Hospicová myšlenka byla mnohdy vnímaná zkresleně. (Macková, 2002, s. 27)

První modelový hospic vznikl v roce 1995 v Červeném Kostelci. Nyní je na území České Republiky téměř 37 zařízení poskytující různé formy hospicové péče. (www.hospice.cz) Významným krokem v historii hospicové péče u nás je rok 2005, kdy vznikla Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (dále jen APHPP), což vedlo ke zlepšení orientace v dění hospicové péče na našem území a v roce 2007 k prosazení uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče. Je členem Evropské asociace paliativní péče. (www.aphpp.cz)

Na stránkách APHPP se dále uvádí, že pokrytí území České republiky dosažitelnou specializovanou paliativní péčí je velmi nerovnoměrné. V některých oblastech Moravy a Čech je potřeba lůžek již téměř saturována, jinde naopak zcela chybí – Západní Čechy, Vysočina, Liberecko apod. Mobilní hospicová péče je až na malé výjimky dosud zcela nezajištěna a tato oblast se musí stát jednou z priorit dalšího rozvoje. Zatím tomu brání neochota zdravotních pojišťoven tuto formu péče odpovídajícím způsobem podpořit. „Aktuálním úkolem Asociace je nyní prosadit do legislativy novou formu terénní, tedy mobilní paliativní péče, zajistit její financování a odpovídajícím způsobem ji rozvinout. Znamená to vést další jednání s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami o možných jiných způsobech úhrad tak, aby bylo možné v domovech pacientů rozvinout skutečnou komplexní paliativní péči podle evropských standardů.“ (www.aphpp.cz)

1.1.2 Kanada

Historicky se hospicová paliativní péče v Kanadě vyvíjela podle místních potřeb pacientů. Byl to výsledek velkého rozšíření programů v sedmdesátých letech dvacátého století, kdy se léčba začala dělit na kurativní a paliativní. První hospicová paliativní péče byla poskytována v rámci nemocnic. Následně se začaly rozvíjet programy v rámci různých společností a organizací. Organizace fungující na dobrovolnické bázi se rozvinuly nedlouho potom. V polovině osmdesátých let zdravotní systém začal používat termíny akutní, chronický, geriatrický nebo paliativní za účelem kategorizování pacientů. Tyto nové pojmy ustanovily speciální potřeby pacientů. Hospicová paliativní péče se brzy velmi rychle rozšířila a začala být uznávaným sociálním hnutím reformujícím zdravotnictví, které chtělo spojit špičkové technologie akutní péče a profesionální lidský přístup v paliativní péči. V roce 1990 vznikla první ucelená a jednotná organizace poskytující paliativní péči. Předtím hospicovou péči poskytovaly tři provinční organizace, ale nebyla založena žádná národní. Ta byla ustanovena díky iniciativě Royal Victoria Hospital, paliativním službám a finanční asistence Knoll Pharmaceutical Inc. (nyní Abbott Laboratories). Asociace kanadské paliativní péče (CPCA) byla založena jako národní charitativní organizace v listopadu 1991 a otevřela první kancelář v Ottawě v únoru 1994. Téhož měsíce byl založený institut zvaný Speciální senát eutanázie a asistované sebevraždy. V roce 1997 CPCA založila Ocenění výtečnosti (CPCA Award of Excellence), udělované jak placeným zaměstnancům, tak i dobrovolníkům, vykonávajícím výjimečné individuální služby v oblasti paliativní péče v Kanadě. Dalším významným mezníkem v historii kanadské paliativní a hospicové péče byl rok 2002, kdy byl publikován souborný svazek zvaný Model k řízení hospicové paliativní péče, založený na národních principech a normách praxe. Tento model je široce používán a také přitahuje pozornost mezinárodních paliativních center. Další významnou událostí se stalo zavedení zaměstnaneckého benefičního pojištění, o kterém rozhodla kanadská vláda v roce 2003 a které má umožnit dočasné opuštění práce za účelem péče o umírajícího člena rodiny. Pojistné je propláceno federálním zaměstnaneckým pojistným programem. Kanadská hospicová asociace, z jejíž materiálů čerpám, je národní charitativní nezisková asociace, která deklaruje poskytování vedení v hospicové paliativní péči. Usilují také o podpoření výzkumů, vzdělání a stáží. Dalším jejich cílem je zlepšit povědomí veřejnosti o hospicové paliativní péči a zaštitění nových programů. Spolupracují s dalšími blízkými partnery a budou pokračovat v cíli zajistit kvalitní hospicovou péči všem Kanadánům rovnoměrně po celé zemi. (www.chpca.net)

1.2 Principy a formy hospicového hnutí

V této kapitole se chci zabývat principy a mravními hodnotami, kterými se hnutí řídí a co člověku v poslední fázi života zaručují. Patří sem také pojednání o formách pomoci, které v současnosti nabízejí.

1.2.1 Česká republika

V minulosti se paliativní péče tradičně soustředila především na péči o terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty a na podporu jejich příbuzných a blízkých. „V posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí i jinými chronickými a potenciálně letálními (vedoucími ke smrti) chorobami“ (Kalvach et al, 2004, s. 8).

Součástí všech pomáhajících profesí by neměly být pouze nejnovější vědomosti a kvalitní dovednosti, ale i lidskost a schopnost mravních rozhodnutí. V lékařském povolání to platí dvojnásob. Pro poskytování paliativní péče platí stejné základní etické principy jako pro jiné oblasti medicíny. Jedná se o následující principy:

1. Autonomie (samostatnost a sebeurčení) – součástí filosofie o člověku je přesvědčení, že každý je zodpovědný za své zdraví a rozhodování, která budou učiněna na základě plné informovanosti. Přání jsou respektována, i když ve finální fázi nemoci mohou mít za přímý následek úmrtí pacienta (např. odmítnutí léčby). Vždy je třeba dbát na vyváženost a širší souvislosti rozhodování. U autonomie nemocného nastává dilematická situace v případě, že nemocný má sníženou schopnost racionálního uvažování. (Sláma, O. et al, 2007, s. 319) Tento princip rozhodně nelze podceňovat, ale ani přeceňovat. Respekt k právu pacienta na sebeurčení je nezbytně nutné dodržovat, ale vždy je třeba pamatovat na vyváženost a širší souvislosti. (Vorlíček, J., et al, 2007 s. 426)
2. Beneficence (prospěch) – vyjadřuje závazek, aby lékař pro pacienta udělal vše, co je pro něj prospěšné. Dobro je pro každého jednotlivce subjektivním pojmem, stejně jako kvalita života a důstojnost. Dobro pro pacienta nemusí být totožné s představou zdravotníka – je důležité jej hledat prostřednictvím vzájemného dialogu, nasloucháním a argumentací. Ideálním nástrojem je pravdivá a empatická komunikace. (Sláma et al, 2007, s.320)
3. Nonmaleficence (nepoškozování) – neškodit a nedovolit uškodit pacientovi. V úvahu je zapotřebí vzít i případná nežádoucí poškození nebo vedlejší efekt pozitivní činnosti. Na místě je i snaha vzdalovat od pacienta vše škodlivé – od bolesti až po sociální ublížení. (Sláma et al, 2007, s.320)

4. Justice (spravedlnost, právo, řád a také slušnost) – spravedlnost je proporcionalita mezi potřebami jedince a tím, co je společnost schopna poskytnout. Týká se např. dostupnosti paliativní péče v regionech a kvality poskytované péče. (Sláma et al, 2007, s.320)

Mezi základní etické principy je někdy zařazována i samotná informovanost pacienta. „V klinické praxi mohou nastat případy, kdy uvedené principy budou ve vzájemném etickém konfliktu. Pak je třeba zvolit to kritérium, které je více prospěšné pro řešení aktuální situace pacienta.“ (Sláma et al, 2007,s.320) „Každý obor medicíny by měl mít rozpracovanu svoji strategii paliativní péče, protože žádný obor se nemůže vyvázat z péče o umírající“ (Haškovcová, 2000, s. 36). „Z paliativní péče se stal multidisciplinární obor, ve kterém dochází k interakci s dalšími součástmi zdravotnického systému. Je založena na následujících hodnotách a principech:

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny,
- účastné péči o pacienta a jeho rodinu,
- rovnoprávnosti v přístupu k paliativní péči,
- úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovatelům,
- obhajobě vyjádřených přání pacienta, rodiny, komunit,
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory,
- odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě“ (O'Connor, Aranda, 2005, s. 12).

Nově v České republice funguje i institut dříve vyslovených přání. Podle přednášky paní Mgr. Heřmanové, které jsem se účastnila na VI. Konferenci paliativní péče v roce 2014, je za dříve vyslovené přání považováno takové, které je písemně provedeno jako poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí. V něm může například konkretizovat, co pro něj znamená terminální stádium nemoci. Důvody, proč lékaři často neplní dříve vyslovené přání, uvádí paní Mgr. Heřmanová tyto:

1. Nekompetentnost pacienta
2. Obavy z nepřesné interpretace
3. Obtížnost posouzení relevantní situace
4. Lékařské důvody, profesionální hodnoty.

Je třeba zmínit, že lékaři u nás v České republice jsou plně trestně odpovědní za veškeré činy a nesou jen proporcionální odpovědnost, jako ošetřující lékaři například v USA. Ve Spojených

Státech amerických existuje samostatný systém etických koncilií s moderátorem diskuze a všemi angažovanými členy, jak pacientem, tak ostatními zdravotníky.

Ohledně forem hospicové péče Svatošová (2008, s. 118) uvádí tři základní, jež jsou běžné v celém civilizovaném světě. Každá forma má svá specifika a limity. Úkolem sociálních pracovníků je zjišťovat preference klientů a společně s nimi vytvořit takový plán péče, který jejich přáním nejvíce vyhovuje. Je proto fundamentálně důležité vědět všechny pro a proti jednotlivých forem a s tím i klienty obeznámit.

1. Domácí hospicová péče je v mnoha případech nejpreferovanější volbou, ovšem ne vždy zcela ideální, hlavně z dlouhodobého hlediska. Její kvalita se odvíjí především od možností, schopností a vědomostí pečujících i nemocných. Parkes a kol. (2007, s. 41) stanovuje tři podmínky, bez kterých lze jen těžko zajistit kvalitní domácí péči. Při nemožnosti jejich plnění je vhodné zvolit jiný druh hospicové či jiné (např. nemocniční) péče. U péče musí být především zvládnuté fyzické i emoční symptomy provázející nemoc pacienta. Rodina musí být schopná a ochotná vyrovnat se s požadavky dané situace a hlavně by měl být dostupný tým odborníků, který je permanentně pacientovi i jeho rodině k dispozici. Holeksová (2002, s. 87) rozlišuje dva odlišné typy domácí péče. Jedná se o profesionální péči odborníků, zvanou home care, a pečovatelskou péči prováděnou laiky, tzv. home help. Pro zajištění komplexní, podpůrné a spolehlivé péče je nezbytná provázanost obou jejích typů.
2. Stacionární hospicová péče může být pro pacienty v určité fázi onemocnění nejvhodnější volbou. Do stacionáře je většina pacientů přijatá ráno a v odpoledních hodinách se zpravidla vracejí domů. Dopravu pacientům zajišťuje sama rodina, nebo po domluvě hospic. Vzhledem ke každodennímu dojíždění je žádoucí, aby byl stacionář v relativní blízkosti domova pacienta. Při velkých vzdálenostech je s ohledem na nemocného i jeho rodinu vhodnější lůžkový hospic. Nejzávažnější důvody pro volbu stacionární péče:
 - diagnostický důvod – zde je velká medicínská škála příčin, nejčastějším důvodem je ovšem kontrola bolesti, kterou se v uspokojivé míře nepodařilo zvládnout domácí péčí;
 - léčebný důvod – typickým příkladem může být třeba aplikace chemoterapie. Z paliativního hlediska se může jednat například o vyladění anestetik;
 - psychoterapeutický důvod – bývá častý u osamělých jedinců. Vyskytuje se i u pacientů s rodinou, která o jeho problémech není schopna a nechce hovořit – právě tento deficit je nahrazován pacientem vybranou osobou ze stacionárního hospice (zaměstnanec, dobrovolník);

- azylový (respitní) důvod – pokud je pacient těžce nemocný dlouhou dobu, potřebuje si občas odpočinout od své milované a láskyplně pečující rodiny, ale i ona od něho, aby načerpala nové síly a byla připravena svému nejbližšímu poskytnout plnou péči (Svatošová, 2008, s. 118-120).
3. Lůžková hospicová péče („hospic jako dům“) je vhodným řešením v případě, že pacient nemá žádnou blízkou osobu, která by se o něj mohla 24 hodin denně starat, nebo pokud nemůže být zajištěna odpovídající domácí péče. Často se jedná o svobodné rozhodnutí pacienta, který uvážil, že nechce svým blízkým dělat starost a sám chce mít svůj vlastní klid. Domněnka, že ulehnutí na hospicové lůžko znamená jistou smrt, je mylná. Spousta nemocných využívá hospic účelně – např. na krátkodobé a opakované pobyty sloužící ke stabilizaci stavu – pacient se poté vrací domů. Výhodou lůžkového hospice je prakticky neomezená možnost návštěv. (Svatošová, 2008, s. 120-122)

Většina hospiců, které jsem viděla, mají soukromé pokoje pro pacienty, kde je dost místa i pro blízké.

Hospic není druh či typ nemocnice, ale pravidelné lékařské i sesterské vizity se konají. Rozdíl je v režimu dne, který si pacient, pokud je toho schopný, určuje sám. Chápající hospicový tým je mu neustále k dispozici, klidně i v nočních hodinách. Nutná je také bezbariérovost každého hospice, aby byly veškeré prostory přístupné všem pacientům, včetně kaple, denního stacionáře a zahrady. (Svatošová, 2008, s. 120-122)

1.2.2 Kanada

Standardy a normy péče Kanadani zpracovali do průvodce zvaného Národní normy praxe. V tomto dokumentu si pomáhají definicí hospicové paliativní péče, jak jí používá Zdravotnická Světová organizace (WHO). Definice zní takto: „přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s životem ohrožující nemocí. Tento přístup vyniká v předcházení bolesti tím, že včas identifikuje nemoc a vyhodnotí optimální léčby bolesti a jiných fyzických, psychických a duševních problémů.“ (Baxter et al., 2013, s. 4).

Dále bodově rozšiřují definici paliativní péče, tak jak je známá od WHO. Paliativní péče:

- se neodvrací od nevyléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života;
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění;
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti;

- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka;
- integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty;
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení;
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých;
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka;
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

Hodnoty, kterými se hospicové hnutí řídí, jsou jmenovány následovně. Na prvním místě je **autonomie** jednotlivce s jeho jedinečností. Péče se proto řídí kvalitou života, jak jí vnímá každý jedinec. Péče je poskytována pouze v případě, kdy jsou postižený jedinec a jeho blízcí připraveni pomoc přijmout. Jako další hodnota je brána **sebeaktualizace**. Umírání je část života a obojí nabízí příležitost pro osobní růst a sebeaktualizaci. Péče je poskytována při terapeutickém vztahu založeném na uznané **důstojnosti** a integritě každého člověka. Na posledním místě autoři zmiňují **komunitu**, jejíž jednotnost v reakci na utrpení posiluje její vztahy (Baxter et al., 2013, s. 7)

Mezi řídicí principy, které mají ovlivňovat veškeré aspekty v poskytování hospicové paliativní péče, patří:

1. **Orientace na pacienta a jeho blízké.** Pacient je zapojený do plánování péče a sám si určuje, kdo z rodinných příslušníků se bude tohoto procesu účastnit. S každým jednotlivcem je nakládáno individuálně. Všechny aspekty péče jsou prováděny způsobem citlivým vůči jeho osobním, kulturním a náboženským hodnotám, víře a osobní připravenosti vůči umírání.
2. **Etika.** Veškerá hospicová a paliativní péče se řídí etickými principy osobní autonomie, dobročinnosti, neškození, spravedlnosti, pravdomluvnosti a diskrétnosti. Všechny protokoly mají být doplněny legislativou a regulami řídicími výzkum a zahrnutí lidského subjektu do jurisdikce.
3. **Vysoká kvalita.** Veškerá hospicová a paliativní péče se musí řídit standardy založenými na národně uznávaných principech a normách praxe.

4. **Týmově založená péče.** Nejefektivněji poskytovaná péče je od interdisciplinárního týmu odborníků, který se věnuje pacientovi, rodině, přátelům pacienta a dalším poskytovatelům péče. Spoluvytváří kruh péče kolem klienta a jeho rodiny.
5. **Bezpečnost a efektivita.** Veškeré aktivity jsou řízeny tak, aby zajišťovali diskrétnost a soukromí, obešli se bez diskriminace, donucování, harassmentu (obtěžování), nebo předsudků. Provádějí se tak, aby byli přínosné, zajišťovali kontinuitu a zodpovědnost, minimalizovali nepotřebné opakování a byli v souladu se zákonem, veřejným pořádkem a zásadami bezpečnosti.
6. **Dostupnost.** Všichni jednotlivci a rodiny mají rovný přístup ke službám, nezávisle na tom kde žijí.
7. **Adekvátní provádění zdrojů** finanční, lidské, informační, fyzické a jinak dostatečné podpory.
8. **Spolupráce.** Každá hospicová jednotka potřebuje být známá a vyhlášená spolupracujícími partnery jiných organizací a služeb, aby mohla existenčně fungovat.
9. **Obhajování.** Pravidelné interakce se zákonodárci, regulátory, ochránci veřejného pořádku, zdravotními sponzory a jinými poskytovateli hospicové paliativní péče s veřejností zvyšují povědomí o aktivitách a jsou zdroji podpory.
10. Fakticky doložitelná a znalostmi podložená **praxe** zvyšuje kvalitu služeb. Veškeré aktivity by měly být založené na nejlépe doložitelné fungující praxi. Neustávající vzdělávání osob, rodin, pečovatelských, personálu a dalších angažovaných osob je nedílnou součástí progresivních hospicových služeb. (Baxter et al., 2013, s. 8)

CHPCA uvádí jako tři klíčové pilíře kvalitně poskytované hospicové a paliativní péče **efektivní komunikaci** mezi všemi osobami, která urychluje rozhodování, tupí konflikty a poskytuje satisfakci pro obě strany zúčastněné v terapeutickém vztahu. Má také zmenšovat chyby při poskytování péče a tlumit riziko vyhoření. **Efektivní fungování pracovní skupiny** se zakládá na přizpůsobivosti vůči změnám a vyžaduje schopného vedoucího, který urychluje jejich činnosti a pomáhá rozvíjet efektivní skupinovou dynamiku. Třetím klíčovým pilířem je **schopnost provádět změny**, která předpokládá zkušenou pracovní skupinu v maximální otevřenosti a adaptabilitě v postojích, znalostech, zkušenostech a chování každého jednotlivce. Pracovníci musí také zvládat asistovat jednotlivcům i rodinám při změnách týkajících se nemoci a truchlení. Každý aspekt organizačního vývoje a funkcí, vzdělání, výzkumu a obhajoby je založen na efektivním používání různých obměn strategických plánů.

Nejčastější formou hospicové paliativní péče v Kanadě je dle CHPCA mobilní domácí hospicová péče. Zde se poskytuje profesionální ošetrovatelská péče a další mnohé podporující programy, založené na bázi

- Dobrovolnictví
- Denních programů nabízených nemocným na různých místech
- Personál pro zvládání bolesti a symptomů
- 24 hodinová služba, která slouží zejména pro řešení urgentních problémů krátkého rozsahu.

Dalším místem jsou jako u nás nemocnice se speciálním paliativním oddělením, dlouhodobé léčebny a residenční lůžkové hospice, kterých je ovšem neadekvátně malé množství v poměru k rozloze a populaci v Kanadě. V současnosti jsou lůžkové hospice podle kanadské hospicové asociace jen na území šesti provincií ze třinácti. (Baxter et al., 2013, s. 12)

1.3 Problematika financování hospicové péče

Z jakých zdrojů jsou hospice financovány, jak nedostatek peněz ovlivňuje jejich fungování a jak se k tomu všemu staví stát je tématem dalších kapitol.

1.3.1 Česká republika

Ekonomická situace hospiců a způsob jejich financování podle zpráv hospicových asociací obou zemí působí, že si je velmi podobný. Co se ovšem významně liší, jsou investice poskytnuté výzkumu v této oblasti, kdy v případě Kanady máme mnohem rozpracovanější studie než u nás v České republice. Jak je to tedy s financováním hospicové péče u nás?

„Hospice jsou financovány vícezdrojově. Zdravotní složka paliativní péče je již systémově hrazena zdravotními pojišťovnami, ale úhrada sociální složky této péče zůstává stále nedořešena. Zatím je poskládána z příspěvku klienta, dotací MPSV, v některých případech přispívají ještě kraje a obce a nezanedbatelnou část tvoří i dary fyzických osob, nadací a sponzorů.“ (www.asociacehospicu.cz)

Česká hospicová asociace dále uvádí, že komplexní péče v každém hospici stojí denně průměrně 2000 Kč. Z toho jen 50-60 % hradí zdravotní pojišťovny. „Hospice jsou v naprosté většině nevládní neziskové organizace, které nemají „zajištěného“ zřizovatele (např. kraj), z jehož rozpočtu by byl jejich rozpočet hrazen. O další finanční prostředky hospice žádají opakovaně obce, kraj, ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí - ale na tyto dotace nemají právní nárok.“ Od nich dostávají 20 %ní část svých zdrojů, často se tak ale pohybují na existenční hranici přežití. Podobně jako v Kanadě, i u nás si pacienti

musí hospicovou péči částečně hradit sami. Příspěvek je ale úměrný příjmům jednotlivce tak, aby si péči mohl dovolit každý. A u většiny hospiců také platí, že zbylé chybějící prostředky na provoz se hospice snaží získat od soukromých dárců, nadací, fondů, firem a jednotlivců. Bez jejich pomoci by v současné době péči poskytovat všem bez rozdílu nemohli.(www.asociacehospicu.cz)

1.3.2 Kanada

Pro pojednání o ekonomickém zázemí paliativní péče v Kanadě vycházím ze studie Kanadské hospicové a paliativní asociace, která vypracovala odbornou studii s názvem Integrovaný paliativní přístup k péči¹. (Hodgson et al, 2012) Tato studie je zaměřena hlavně na mobilní hospice, které jsou nejčastější formou hospicové péče v Kanadě. Předkládá důkazy ekonomické efektivity mobilní hospicové péče na konkrétních příkladech mezinárodních studií, ale i v porovnání s institucionální, především kurativní léčbou.

Kanadská hospicová paliativní asociace (Hodgson et al, 2012, s. 2) uvádí, že od roku 2001 do roku 2006 federální vláda financovala zvláštní úřad zvaný Sekretariát paliativní péče s ročním rozpočtem mezi \$1 milionem až \$1.5 miliony. V roce 2007 vláda tento sekretariát rozpustila a přestala pracovat na národních paliativně léčebných strategiích. Obecně hospicová paliativní péče spoléhá různou měrou na charitativní dary. Většina nákladů je sponzorována soukromými dárci, čímž se omezuje velikost, škála a dostupnost programů. Těmito dary se pokryje minimálně 50 % nákladů a rodiny musí platit sami za své blízké umírající doma a ve všech institucích mimo nemocnice. V současnosti pouze malý počet provincií zahrnuje hospicovou paliativní péči do provinčního zdravotního plánu. Ve zbytku provincií hospicová paliativní péče může být zahrnutá v provinčních programech domácí péče nebo jiných zdravotních službách, ponechávající financování oslabené vůči rozpočtovým redukcím. Výsledná zpráva Komise pro budoucí zdravotní péči v Kanadě doporučuje platit ročně \$89.3 milionů kanadskému zdravotnímu systému k naplnění potřeb hospicové paliativní péče. V roce 2011 federální vláda učinila jednorázový slib vydání \$3 milionů k financování výzkumu a vytvoření systému, který by adresoval potřeby hospicové paliativní péče. Tato iniciativa byla vedena CHPCA pod vedením Koalice pro kvalitní péči o umírající v Kanadě. (Hodgson et al, 2012, s. 2-3)

Cena péče o umírající je v Kanadě vysoká. Autoři uvádí, že se pohybuje v rozmezí \$10,000 za náhlou smrt a stoupá až ke \$30,000 a \$40,000 při péči za osobu s terminální nemocí, jako je

¹ Doslovný název zní: An Intergated Palliative Approach to Care.

například rakovina nebo chronická obstruktivní plicní nemoc. Cenu za zdravotní péči neudává pouze příčina terminální nemoci, ale také místo, kde lidé umírají: průměrné výlohy jsou \$36,000 při umírání v tzv. chronic care facility (v ústavech trvalé péče), oproti \$16,000 při umírání doma. Většina těchto nákladů je hrazena zdravotním systémem, ačkoli rodiny také platí náklady přerůstající jejich vlastní rozpočet při trvalé péči o umírající osobu, jak uvádí autoři. Při účinném kontrolování a redukování výdajů může podle studií autorů dojít k refundaci zdravotního systému, rodin i jednotlivců. Může se uvolnit dosavadní tlak na finanční zdroje zdravotního systému a ušetřené náklady se tak můžou použít na jinou péči.

Dále autoři obhajují ekonomickou efektivitu hospicové paliativní péče a vyjmenovávají náklady, které se s ní ruší. Patří sem například nemocniční poplatky, náklady za délku pobytu v nemocnici, opakované poplatky, návštěvy na jednotkách intenzivní péče a náklady vyložené za nevhodné diagnózy a intervence. Další výhodou hospicové paliativní péče je i doložená kvalitnější péče o pacienty, která je spojená s oboustrannou spokojeností jak klienta, tak i pečujícího. Nesporná výhoda péče poskytované hospici je i lepší zvládání symptomů nemocí a větší pravděpodobnost, že klient zemře v prostředí, které mu více vyhovuje (Hodgson et al., 2013, s. 3). Tak dojde ke splnění samotného principu hospicového hnutí, který se snaží splnit klientovo přání na sebeurčení a vytvořit pro něj natolik domácí a jemu vyhovující prostředí, jak je to jen možné.

Většina výzkumů ohledně ekonomiky hospicové paliativní péče je zaměřená na nemocniční programy, což navzdory některým metodologickým omezením vykazuje oproti obvyklé akutní péči, že paliativní hospicová péče nemocničního typu může zdravotnímu systému ušetřit \$7,000 až \$8,000 za jednoho pacienta. Podle studie provedené v Ontariu se může ušetřit až \$9 milionů při transportování pouhých deseti procent terminálně nemocných pacientů z akutní do hospicové paliativní péče. Autoři uvádí i ekonomické benefity plynoucí z domácí hospicové paliativní péče.

Autoři také zdůrazňují, že v současnosti bohužel jen pár studií zkoumalo neformální péči a její výlohy. Navrhují, že je potřeba provést více výzkumů, které srovnávají různé modely a uspořádání hospicové paliativní péče. Jen pár studií se zaměřilo na jiné ekonomicky efektivní komunitně založené služby, jako je například denní péče, koordinace péče místních zdravotních sester, včasná konzultace a respitní péče, nebo tzv. stand – alone hospice facilities.

Dalšími nedostatky ve výzkumu je nízký záznam preferovaných druhů hospicové paliativní péče (nemocniční, domácí, hospicové nebo jiné komunitně založené). Nejvhodnější se zdá být

integrující paliativní přístup. Ekonomicky efektivní se jeví také integrování paliativního přístupu do celého zdravotního systému. Takový model by zajistil všem odborníkům v různých medicínských oblastech včasné poskytnutí vhodné péče o pacienta a skončení léčby již neprospěšné. Zdravotnímu systému tato nízkonákladová metoda umožní reagovat na pacientovi potřebu, ať už doma nebo v místní komunitě a obejde se bez drahých transferů do velkých městských nemocnic a případných zbytečných a nechtěných kurativních intervencí. Tento model by neznamenal pouze správnou péči ve správný čas, ale také péči v prostředí, kterou většina pacientů preferuje – v jejich domovech nebo blízkém prostředí. (Hodgson et al, 2012, s. 4)

1.4 Vize a aspirace hospicových asociací do budoucna

Jaké jsou aktuální potřeby hospiců a jaké jejich asociace vymyslely plány k realizaci naplňování těchto potřeb je rozebráno v následujících kapitolách.

1.4.1 Česká republika

Potřeby hospicové paliativní péče u nás v České republice řešila od svého počátku Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (dále již jen zkratka APHPP), pracující především na systémovém zakotvení hospicové paliativní péče do legislativy. „Hospicové péče se dotýkají zejména právní úpravy v oblasti zdravotní a sociální: zákon č.48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění, zákon č.108/2006Sb. o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006Sb. K provedení zákona o sociálních službách. Dosud se podařilo prosadit 2 novely zákona č.48/1997Sb. pro umožnění úhrady lůžkové a mobilní hospicové péče ze zdravotního pojištění a zakotvit kód 0730 pro specializovanou ústavní paliativní péči do úhradové vyhlášky ministerstva zdravotnictví (pro lůžkovou péči v roce 2007, pro mobilní péči v roce 2010). V roce 2007 připravila pracovní skupina MZČR ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče Standardy hospicové paliativní péče s cílem definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita. Standardy určeného minima jsou závazným dokumentem pro členy APHPP. Lůžkové hospice, jež jsou členy APHPP, jsou povinny tyto standardy dodržovat a naplňovat.“ (www.asociacehospicu.cz)

Aktuální zásadní potřebou podle APHPP je systémové dořešení financování sociální složky paliativní péče. APHPP se opakovaně snaží prosadit zakotvení péče o terminálně nemocné do zákona o sociálních službách, ale zatím bezúspěšně. Důvody nezdaru APHPP

neuvádí. Aktuálně je nyní připravována další novela zákona č.108/2006Sb. o sociálních službách, kterou APHPP navrhuje rozšířit v §44 o další typ odlehčovací služby (odst. 2): "Zvláštním typem odlehčovacích služeb jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby zaměřené na péči o osoby v terminálním stavu onemocnění, které jsou poskytovány v součinnosti se zdravotní ošetrovatelskou péčí hrazenou dle zákona č.48/1997Sb, §22 a 22a); cílem služby je umožnit klientům a jejich blízkým vyrovnat se s umíráním blízké osoby a poskytnout jim podporu v truchlení.“(www.asociacehospicu.cz) Hospicům tak bude umožněno žádat o dotace MPSV na sociální péči, kterou každodenně pacientům a jejich rodinám poskytují. Ani pak sice nebude fungování hospiců zcela bezproblémové, ale rozhodně je to cesta k jejich stabilizaci a většímu pocitu jistoty pro klienty i zaměstnance. Další potřebou je uskutečnění rovnoměrného pokrytí dosažitelnou specializovanou paliativní péčí, například v západních Čechách, Vysočině a Liberecku paliativní hospicová péče zcela chybí a proto tyto oblasti APHPP vnímá jako jednu z priorit budoucího rozvoje. Jako důvod uvádí neochotu pojišťoven podpořit adekvátním způsobem tyto služby. Aktuálním úkolem Asociace je nyní prosadit do legislativy novou formu terénní, tedy mobilní paliativní péče, zajistit její financování a odpovídajícím způsobem ji rozvinout. Znamená to vést další jednání s ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami o možných jiných způsobech úhrad tak, aby bylo možné v domovech pacientů rozvinout skutečnou komplexní paliativní péči podle evropských standardů. (www.asociacehospicu.cz)

1.4.2 Kanada

Cíle paliativní péče a hospicového hnutí jsou definovány kanadskou hospicovou a paliativní asociací CHPCA pětibodově takto:

1. vypěstovat kulturu, která má zájem o téma dobrého umírání,
2. vytvořit fungující systém,
3. zlepšit podporu pro pečovatele,
4. zlepšit integrování služeb,
5. založit fungující vedení.

U prvního bodu se jedná hlavně o vypěstování kultury, která nepopírá smrt a nevyhýbá se jí. Aby se toho docílilo, je zapotřebí zapojit služby poskytující paliativní péči s daleko větším předstihem pro ty, kteří čelí život ohrožující nemoci. Nutné je též konfrontovat se s výzvami, které přináší definování paliativní péče, a dosáhnout základního porozumění, co je dobrá praxe, aneb *lege artis*.

Vytvořit fungující systém lze za předpokladu signifikantního zvýšení výzkumu a zlepšením a sjednocením vzdělávání a tréninků ke zmodernizování našich zdravotních plánů, které musí pokrýt vyvstálé potřeby.

Dále se také v tomto dokumentu zmiňuje, že se musí adaptovat programy k urychlení poskytování podpory pro pečující, což je podle vyjádření autorů kriticky důležitá součást. Tato podpora by měla zahrnovat poskytnutí finanční náhrady za ztráty příjmů způsobené péčí o umírající osobu, nabídnutí zaškolení a porad pro pečující, spolu s poradenstvím a podporou předcházející vyhoření a nadměru stresu z péče. K tomuto bodu se váže také respitní péče a asistování při těžkostech při přijímání ztrát. Tento proces začíná sdělením nepříznivé diagnózy a pokračuje i po smrti blízké osoby. (www.chpca.net)

„Vážně by se také mělo přistupovat k tématu integrování služeb. Pojem to není nový, nicméně skutečnost je taková, že stále funguje více teritoriality a je málo spolupráce na mezinárodní úrovni. Musíme se snažit překonat rozdíly, které ztěžují pacientům a pečovatelům přejít od jedné služby k druhé.

Nakonec potřebujeme komplexní vedení zahrnující individuální plánování pro vedení jednotlivých místních úprav, odborníky na různých vládních pozicích a uvnitř společnosti, kteří pomůžou překonat jurisdikční bariéry. Dále vedení odborníků z organizací, a nejvíc ze všeho je zapotřebí obnovit federální řízení, které je klíčem k dosažení úspěchu v národním měřítku.“(www.chpca.net)

2. Komparace oboru sociální práce

„Sociální práce v oblasti paliativní péče by měla využívat psychosociální kompetence a zabývat se zejména úkoly spojenými s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci, se školením a podporou dobrovolníků, sociálně právním poradenstvím.“(Dvořáčková, 2010, s.17.) Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná.

Konkrétní pracovní náplň sociálního pracovníka v paliativní péči lze charakterizovat těmito body:

1. pomoc při vytváření plánu pro život s terminální nemocí: zahrnuje především rozhodnutí, zda je nemocný schopen pobytu v domácím prostředí, popř. jaké služby mu lze nabídnout, aby byl tento pobyt možný, anebo zda je pro něj vhodnější pobyt v ústavní instituci;
2. a dále společné hledání vhodné náplně volného času, rekondičními pobyty a svépomocnými skupinami počínaje a individuálními aktivitami např. s dobrovolníky konče,
3. doprovázení nemocného a jeho rodiny náročným životním obdobím: obnáší pomoc při formulaci pocitů a emocí a orientaci v nich formou podpůrného rozhovoru, pomoc při přípravách na smrt: asistence při vyřízení závěti a jiných právních úkonů, dokončení některých úkolů, rozloučení s určitými lidmi atd., pomoc pozůstalým: zahrnuje poradenskou pomoc a asistenci v administrativních záležitostech, které na pozůstalé čekají a také pomoc při prožívání truchlení. (Vorlíček, et al, 2004, s. 490-491)

2.1 Kvalifikační požadavky

Jaké jsou osobní vhodné předpoklady pro sociální pracovníci, která chce pracovat v prostředí hospice a jaké je požadované vzdělání, je probráno v následujících kapitolách.

2.1.1 Kvalifikační požadavky v České republice

Základní předpoklady pro povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odbornou způsobilost. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů, kde musí být doloženo, že žadatel nebyl pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin nebo čin spáchaný z nedbalosti při výkonu činností při poskytování sociálních služeb nebo činností s nimi srovnatelných. Zdravotní způsobilost se dokládá potvrzením od osobního lékaře. S odbornou způsobilostí je to poněkud složitější a zde je třeba se i více rozepsat.

Odborně způsobilý k výkonu povolání sociálního pracovníka je dle zákona o sociálních službách 108/2006b Sb. ten, kdo

- získal vyšší odborné vzdělání absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zákona č. 561/2004 Sb., školského zákona v oborech vzdělání, které jsou zaměřeny na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost;

- vystudoval vysokou školu v bakalářském nebo magisterském oboru zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách. Pokud pracovník ukončil vysokoškolské vzdělání v jiné než sociální oblasti, je po něm požadováno absolvovat akreditovaný vzdělávací kurz v jakémkoli výše jmenovaném oboru v celkovém rozsahu 200 hodin a splnit praxi v trvání nejméně pěti let.

Vzhledem k neustále se rozvíjejícímu oboru sociální práce a měnícím se potřebám společnosti je po sociálním pracovníku požadováno držet tempo s dobou v podobě zákonem předepsané povinnosti si doplňovat vzdělání. To se může uskutečnit formou specializačního vzdělávání zajišťovaného vysokými školami a vyššími odbornými školami. Tato forma navazuje na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka. Pracovník se též může účastnit akreditovaných kurzů, absolvovat odborné stáže nebo se účastnit školicích akcí. Vzdělávacími zařízeními jsou míněny nejen zařízení školské soustavy, ale i další instituce, které poskytují vzdělání dospělých určené sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách. Jedná se o vzdělávací zařízení právnických a fyzických osob. O akreditaci vzdělávacích zařízení a jejich vzdělávacích programů pro oblast sociálních služeb rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Akreditaci uděluje na základě požadavků jmenovaných zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb.

V případě sociálního pracovníka poskytujícího sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, což se přímo týká mého tématu, má způsobilost k výkonu sociálního pracovníka též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických profesích.

2.1.2 Kvalifikační požadavky v Kanadě

Vzdělávání v sociální práci spočívá v teoretických kurzech a praktických trénincích na bakalářském a magisterském oboru.

Pro lepší zorientování rozepíšu členění vzdělávání v Kanadě. Před samotným nástupem na vysokoškolský obor je většinou univerzit požadováno jednoleté nebo dvouleté předprofesní vzdělání, anglicky pre professional studies. Po něm následuje pět stupňů vzdělání:

- Diplom ze Sociální práce = Diploma - Diploma of Social Work
- Bakalářský titul = Undergraduate Degree - Bachelor of Social Work (BSW)
- Magisterský titul = Graduate Degrees - Master of Social Work (MSW)
- Doktor filosofie = Doctor of Philosophy (PhD)
- Doktor Sociální práce = Doctor of Social Work (DSW)

Ve většině provincií je minimálním požadavkem pro možnost vykonávat profesi sociálního pracovníka bakalářský obor sociální práce, který trvá čtyři roky. Osoba, která obdrží bakalářský titul v sociální práci, může navázat jednoročním magisterským oborem. Pokud před magisterským vzděláním předchází vzdělání v jiném oboru než sociální práce, magisterský obor potom trvá dva roky. (www.caswe-acfts.ca)

Akreditaci univerzitním oborům vzdělávajícím sociální pracovníky uděluje Kanadská asociace pro vzdělávání v sociální práci, anglicky Canadian Association for Social Work Education (CASWE). Tato asociace vydává směrnice pro akreditované obory. Přijímací řízení má každá univerzita odlišné. Jako příprava na univerzitní studium se doporučuje ještě na střední škole absolvovat kurzy z ekonomie, sociální politiky, sociologie, psychologie a filosofie. Velmi vítaná je praxe u sociálních agentur. (www.caswe-acfts.ca)

Obecně vzato vstup na pole sociální práce vyžaduje následující:

- Průměrný bod vzdělání pohybující se mezi 65-70% na předprofesní či bakalářské úrovni
- Ukončený kurz v oblastech angličtiny, sociálních věd, humanitních studií a úvodního kurzu do sociální práce
- Motivační dopis
- Referenční doporučení

- Dobrovolnické nebo pracovní zkušenosti v oblastech sociálních a personálních služeb, které zdůrazňují vztah k sociální práci
- Osobní pohovor s vybranou komisí. (www.caswe-acfts.ca)

2.2 Finanční ohodnocení sociálních pracovníků

O tom, zda jsou sociální pracovníci obecně adekvátně ohodnoceni, kdo je zodpovědný za současnou situaci pojednávají následující kapitoly.

2.2.1 Česká republika

Financováním sociálních pracovníků a podmínkami jejich práce se zabývá Ministerstvo práce.

Ve výstupní zprávě Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče je uvedeno: „Delegáti VII. Sjezdu konstatují, že zaměstnanci ve zdravotnictví a sociálních službách jsou dlouhodobě finančně podhodnoceni, fyzicky a psychicky přetěžováni a v současné době je obrovským problémem jejich nedostatek. Delegáti VII. sjezdu požadují, aby se zodpovědné orgány zasadily o průběžné zvyšování ceny práce v resortech a zavedení optimálních personálních standardů ve zdravotnictví a sociálních službách.“ (www.invarena.cz)

Podle tiskového mluvčího MPSV Jiřího Vaňka je v současné době v ČR přibližně jedenáct tisíc sociálních pracovníků, přičemž jejich přesný počet nelze jasně určit díky různorodosti jejich práce. Ani s nízkým finančním hodnocením to Vaňk nevidí tak černě. V průměru mají podle jeho zdrojů sociální pracovníci průměrný plat. „Statistická ročenka z oblasti sociální práce a sociálních věcí 2013 uvádí průměrnou měsíční nominální mzdu v ukazateli (na přepočtené počty zaměstnanců) Zdravotní a sociální péče 25 084 Kč, což je částka srovnatelná s průměrnou mzdou v ČR v roce 2013 (25 128 Kč). Podle něj ale MPSV bere vážně výtky, že jsou sociální pracovníci nedostatečně ohodnoceni a podniká příslušné kroky pro zlepšení situace, zásadně to prý záleží na ekonomických ukazatelích a politické vůli při sestavování státního rozpočtu.“ (www.invarena.cz)

„Za účelem stabilizace počtu sociálních pracovníků MPSV v přijaté novele zákona o sociálních službách a souvisejících předpisů zakotvilo dotační titul na výkon sociální práce na obecních úřadech obcí II. a III. typu a na krajských úřadech. Ten by měl vést k lepšímu finančnímu ohodnocení sociálních pracovníků a zvyšování jejich počtu,“ doplňuje Vaňk. (www.invarena.cz)

2.2.2 Kanada

Tabulka níže ukazuje hodinovou mzdu sociálních pracovníků podle různých kanadských teritorií. Podle měření v roce 2013 je nejvyšší hodinová mzda sociálních pracovníků v Albertě a činí \$33.65. Nejnižší hodinová mzda byla naměřena v Montrealu a činí \$28.00. Průměrný roční plat sociálních pracovníků je \$48,863, přičemž škála podle zastávané pozice se pohybuje mezi C\$30,924 - C\$69,558. (www.payscale.com).

Calgary – Alberta	21.15	33.65	52.43	2013
Edmonton – Alberta	20.53	31.25	45.00	2013
Vancouver / Lower Mainland Southwest – British Columbia	21.98	30.00	35.16	2013
Winnipeg – Manitoba	22.35	30.20	36.78	2013
Fredericton / Oromocto – New Brunswick ⁽¹⁾	17.50	31.03	38.35	2013
Halifax – Nova Scotia	17.79	31.25	40.50	2013
Toronto – Ontario	16.83	31.32	45.22	2013
Ottawa – Ontario	21.67	31.43	43.27	2013
London – Ontario	18.67	31.03	44.62	2013
Kitchener / Waterloo / Barrie – Ontario	18.67	29.75	41.00	2013
Prince Edward Island	19.23	30.00	38.46	2013

Montreal – Quebec	15.00	28.00	46.27	2013
Saskatoon / Biggar – Saskatchewan	18.00	31.32	40.00	2013

Podle kanadských vládních stránek je průměrný roční plat na občana podle nejaktuálnější statistiky prosince 2014 a činí \$49.000, což i odpovídá průměrnému platu sociálních pracovníků. (www.gov.ca)

2.3 Prestiž oboru sociální práce

V první podkapitole se chci zabývat definicí pojmu identita, krátce i její diferenciací a naznačit důležitost myšlenkového uvědomění si vztahu své profesionální role na kvalitu života člověka. Tento úvod má ale posloužit pouze jako podklad ke klíčovým kapitolám číslo dva a tři, kde popisují vnímání prestiže oboru sociální práce z pohledu odborníků v České republice a v Kanadě.

2.3.1 Identita sociální práce

Slovo identita pochází z latinského slova „identitas“ znamenající „to samé“, přičemž obsahuje dva odlišné významy. Prvním z nich je podobnost, druhým pak rozdílnost, pomocí které tuto podobnost kontrastujeme, a tudíž vymezujeme. (Jenkins in Růžičková, 2009, s. 9) Podobnost i rozdílnost nemohou v rámci identity existovat jedna bez druhé, jde o reciproční vztah. (Craib in Růžičková, 2009, s. 9)

Ačkoli se dostupná literatura shoduje na doposud nejednotné definici pojmu identita, platící pro akademické kruhy, konsensus autorů je především ohledně základních atributů pojmu identita, a tím je tvrzení, že identita není statický, ale neustále probíhající, dialektický proces. (Růžičková, 2009, s. 9). Předpokladem její existence jsou sociální interakce, které dávají jedincově identitě živnou půdu, podle které se utváří. Identita bývá často neuvědomovaná až do doby, než je konfrontovaná s neznámem, kdy se cítí zpochybněna až ohrožená. Craib (Růžičková, 2009, s. 9) mluví proto o identitě, jako o zásadním existenčním prvku. Z pohledu sociální psychologie je identita úzce spojena s potřebou někam patřit, neboť již od dob Aristotela se ví, že člověk je „zoón politikon,“ tvor společenský.

Procesem identifikace, nebo také vnitřním přijímáním atributů určité kultury a dále fragmentálně jejích odlišných skupin založených například na gendrové, náboženské nebo intelektuální odlišnosti, se člověk existenčně zakotvuje a může rozvíjet vědomí vlastního já a smyslu svého konání. Podle této identifikace pak člověk interpretuje i jevy kolem sebe. (Růžičková, 2009, s. 9) Přemýšlení o identitě zahrnuje faktory, které nás odlišují od ostatních. (Craib In Růžičková, 2009, s. 9) Podle odborné literatury se obvykle identita rozděluje na dvě dílčí části, identitu individuální a identitu sociální. „Individuální i sociální identity jsou z hlediska jejich konstrukce velmi těsně propojenými koncepty a velmi těžko se nalézají striktní hranice jejich vymezení. Jak jedinec sám před sebou, tak i jedinec, který se vnímá skrze svou příslušnost k referenční skupině, může prožívat jednotlivé typy identit najednou. Rozhodující však je, ke komu se jejich sebe-definice vztahují.“ (Růžičková, 2009, s. 10)

V kontextu mé práce se chci zaměřit především na význam profesní identity konkrétně u sociálních pracovníků a na faktory, které její prestiž ovlivňují. „Pro situaci profesionálů je nepochybně důležité vymezení profesionální pozice na pracovním trhu a společenský status, který profese v daném období a v dané společnosti má. Obé je výsledkem vyjednávání mezi příslušníky profese a zástupci společnosti (vládou, ministerstvy, parlamentem, sdělovacími prostředky, veřejností.“ (Havrdová, 1999, s. 9)

2.3.2 Česká republika

Profesionalita sociální práce je tématem, které se v naší zemi řeší snad od vzniku samotného oboru. Důvodem těchto debat je specifický charakter oboru sociální práce, který se vymyká obecným měřítkům klasických exaktně měřitelných odvětví, jako je například medicína, právo atd. Podle Zity (in Růžičková, 2009, s. 15) je kritiky sociální práce nejčastěji zmiňován problém obtížné měřitelnosti efektů sociální práce, čemuž nepomáhá ani její mnohostrannost, diverzita a neucelená teoretická základna. Zde je na místě otázka, kterou ponechám nezodpovězenou, jestli humanitní vědy jsou v České republice státem sponzorovány natolik, aby mohly nést zodpovědnost za předchozí vyřčenou kritiku?

Dalším faktorem a stěžejním předpokladem vnitřní i vnější legitimacy sociální práce jako oboru je její soudržnost, založená na společně uznávaných hodnotách, přesvědčeních a teoretických poznatcích. (Růžičková, 2009, s. 17) Právě ale soudržnost je v oboru sociální práce podle mnohých autorů velmi nízká. Musil (2008 in Růžičková, 2009, s. 18) spatřuje problém různorodosti sociální práce v intencích existujících odlišných pojetí této profese, která komplikuje sociálním pracovníkům nalezení společné odpovědi na to, jaké služby jsou schopni nabídnout společnosti. Tato obšírná škála poskytovaných služeb v sociální práci podle Musila

(2008 in Růžicková, 2009, s. 18) způsobuje u veřejnosti, politiků, státních a nestátních subjektů vytváření nejasného obrazu o náplni sociální práce. Tato situace se podle Růžickové (2009, s. 18) může stát pro existenci sociální práce nebezpečnou hned dvakrát. Zapříčiňuje jednak ztrátu úspěšného získávání společenských zakázek a jednak může mít i na svědomí úbytek kvalifikovaných pracovních sil.

Profesionalizaci zákona řeší nově i MPSV v návrhu profesního zákona sociálních pracovníků. „Jak bylo uvedeno v původním doprovodném textu, cílem navrhované právní úpravy je podpořit odborný status sociálních pracovníků. Při debatách nad právní úpravou byla identifikována další témata, například finanční ohodnocení sociálních pracovníků či kvalita vzdělávacích kvalifikačních programů. Navrhovaný profesní zákon ve svém důsledku může mít v těchto oblastech zásadní vliv. Prestiž oboru sociální práce navrhovaný zákon sám o sobě zvýšit nemůže, otevírá však prostor k jasnému vymezení profese sociální práce a její exkluzivitě. Nabízíme sociálním pracovníkům nástroj a ponecháváme zcela na jejich zhodnocení, jak jej využijí,“ píše se na stránkách MPSV.

Názory na zavedení tohoto nového kontroverzního profesního zákona jsou ze stran sociálních pracovníků spíše negativní. Blíže je popisují v kapitole věnované samotnému profesnímu zákonu sociálních pracovníků.

2.3.3 Kanada

V Kanadě se dle řady autorů jako například Grossera a Blocka (1983), Jayaratnea et al. (1988), Lewise (2004) a Smaller (1987) řeší v otázce statusu sociálních pracovníků předně dilema, zda se soukromým sociálním pracovníkům vůbec může dovolit používat titul sociální pracovník. Palčivým kontroverzním tématem je to hlavně pro řadu pracovníků v neziskových organizacích, kteří pevně věří, že soukromá praxe je silně nekonsistentní s klíčovými hodnotami sociální práce. A proto pracovníci v neziskovém sektoru navrhují, aby ti, kteří si vybrali práci v ziskovém sektoru, nebyli nadále považováni za sociální pracovníky. Tito soukromí sociální pracovníci poskytují placené služby jednotlivcům, rodinám a organizacím. Služby zahrnují poradenství, psychoterapii, mediaci, poradenství v oblasti sexu, osobnostní i podnikový rozvoj a asistenci v pracovních programech. (Dutchak, 2013, s. 16)

.Zajímavé je kupříkladu zjištění autorů Smaller (1987) a Jayaratnea et al. (1988), že soukromí sociální pracovníci mají tendenci sami sebe označovat jako sociální pracovníky před přáteli a rodinou, ačkoli se na veřejnosti sami identifikují spíše s jinou profesí než sociální prací. Podle Cohena (1966 in Dutchak, 2013, s. 16) se identifikují nejčastěji s profesemi z oblasti psychiatrie. Cohen věří, že toto spojení vzniklo díky dlouhé historii spolupráce sociálních

pracovníků a psychiatrů. Brown (1990 in Dutchak, 2013, s. 16) zjistil, že i pokud se soukromí sociální pracovníci identifikovali s rolí sociálního pracovníka, ještě to nutně neznamenalo, že se zlepšily jejich výsledky. Lewis (2004 in Dutchak, 2013, s. 16) zjistila, že identita sociálního pracovníka je vnímaná také odlišně genderově. Autorka uvádí, že muži a ženy přisoudili různý smysl a význam jejich práci. Ženy vnímají sociální práci spíše z hlediska rozšíření jejich domácích rolí. Spojení sociálního pracovníka a jeho starající se role je ženami vnímáno jako jejich přirozená role, a hodnotám jako uznání a prestiž není proto dáváno tolik významu. Lewis (in Dutchak, 2013, s. 16). Díky tomu většina žen nemá problém identifikovat samu sebe jako sociální pracovníci a na tento status proto i kladou důraz. Muži na druhou stranu sobě tak snadno status sociálního pracovníka nepřiznávají. Mají tendenci spíše vyzdvihovat management a administrativní složku práce (Lewis, 2004). Lewis (2004) dále uvádí, že muži mají tendenci usilovat o prestiž a sociální uznání, kdežto ženy vstupují do profese spíše s altruistickými důvody. Napříč literaturou byla sociální práce také hodnocená z hlediska veřejné reputace a finančního zisku autory Alexanderem (1987), Grosserem a Blockem (1983), a také Lewisem (2004) a Smallerem (1987). Studie předkládají zjištěnou poměrně malou reputaci sociálních pracovníků v posledních letech v Kanadě. Což je tedy zřejmě i důvodem, proč mnoho sociálních pracovníků začíná zakládat své soukromé podnikání, aby si zlepšili vlastní společenský status a prestiž. (Alexander, 1987; Cohen, 1966; Grosser and Block, 1983; Lewis, 2004, Smaller, 1987). Zajímavým zjištěním mnohých studií bylo, že ačkoli sociální status a prestiž byly významným faktorem k přemístění se z neziskových do ziskových organizací, je paradoxně většinou sociálních pracovníků úspěšná kariéra vnímaná jako neetická hodnota, tak jako se úspěšná finanční dráha podle většiny sociálních pracovníků neslučuje se základními etickými hodnotami sociální práce. (in Dutchak, 2013, s. 18)

Jak už bylo řečeno v kapitole o vzdělání, kvalitu služeb a akreditace novým oborům udílí Kanadská asociace sociálních pracovníků (CASW). Ta byla založená v roce 1926 s cílem kontrolovat pracovní podmínky a založit standardy sociální práce. Obsahem její činnosti je na národní úrovni iniciovat a sponzorovat různé projekty, stejně jako kupříkladu poskytovat konzultace vládním i nevládním zařízením a samozřejmě také veřejnosti. CASW je autorem etického kodexu, metodologie praxe sociálních pracovníků a řady výzkumů, které i sama publikuje. Asociace se snaží zejména o:

1. Jasnou a pozitivní představu o praxi sociální práce,
2. Udržení pozitivního vlivu sociální práce na veřejnou/sociální spravedlnost,
3. Přístupnost informací podporujících praxi pro všechny sociální pracovníky.

Garantuje také kredibilitu, jedinečnost, odlišnost a udržování respektu vůči profesi sociálních pracovníků na národní i mezinárodní úrovni. Jak je ale sociální práce a její prestiž reflektována akademickou a laickou veřejností v Kanadě asociace neuvádí.

To je právě důvodem, proč jsem se rozhodnula stanovit si jako jeden z výzkumných cílů zjištění názoru veřejnosti ohledně důležitosti rolí sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči v České republice a v Kanadě a zjistit mínění veřejnosti ohledně profesního statusu sociálních pracovníků.

3. Motivace sociálních pracovníků

V první kapitole chci nejdříve uvést definice základních pojmů, jako jsou motiv, motivace a demotivace. Ve druhé kapitole se chci věnovat specifikům v motivování sociálních pracovníků, na něž současná situace, jak se jeví stejným měřítkem v České republice i v Kanadě, vyvíjí tlaky na zefektivnění služeb při stálém zmenšování státní finanční podpory.

3.1 Vymezení základních pojmů

Slovo „motivace“ má původ v latinském slově „movere“ – hýbat, pohybovat a je obecným označením všech podmínek, které ovlivňují lidskou aktivitu. Je obecným označením pro všechny vnitřní podněty, které vedou k určité činnosti, k určitému jednání. Motivace podněcuje určité chování. Toto chování (činnost) udržuje v chodu a usměřňuje ho určitým směrem. Jde tedy o jednu ze základních, ale zároveň velmi komplikovaných a složitých struktur osobnosti, jejímž prostřednictvím však můžeme vysvětlit některá rozhodnutí a činy člověka. Můžeme tvrdit, že motivace nám odpovídá na otázku „Proč?“ (Homola, 1969 in Rebeková 2011, s. 9). K vytvoření procesu motivace je zapotřebí povzbudit účinné osobní motivy.

Tichá (2012, s. 20) uvádí, že nejčastější omyl v otázce motivace a motivování zaměstnanců, na který v současnosti narážíme, se týká především rozlišování mezi tím, co obecně považujeme za motivaci a co jsou pouhé stimuly s krátkodobým efektem. Jde o to, rozlišit (trvalé) vnitřní motivy svých zaměstnanců od (krátkodobých) vnějších stimulů.

„Motiv nemůže mít nikdy vnější povahu, vždy se jedná o vnitřní stav vedoucí k uspokojení potřeb jedince.“ (Nakonečný, Sociální psychologie organizace, 2005). Podle Bedrnové et al (2002, s. 241) jsou pohnutky, čili motivy specifické, někdy vědomé a častokrát nevědomé vnitřní hybné síly člověka, které ho aktivizují k činnosti vedoucí k dosažení určitých cílů, zajišťujících fyzické a psychické zdraví jedince.

Existuje celá řada teorií o pracovní motivaci. Motivы pomáhajících lze rozdělit podle Tiché (2012, s. 20) do základních kategorií na:

- 1) vnitřní potřebu pomáhat a vnější potřeby (např. hmotné zajištění rodiny),
- 2) motivaci altruistickou a egoistickou,
- 3) vliv sociálního prostředí, výchovy a rodiny.

Tyto faktory je třeba zohlednit při hledání konkrétních motivátorů u jednotlivých pracovníků.

Pojem demotivace je v odborné literatuře téměř k nenalezení. Jeden z mála autorů, který pojem demotivace popisuje, je Clegg (2005). Tvrdí, že motivování určité osoby není jen vyzdvihování pozitivního, ale často je to i odstraňování negativního. Ať už jsou potřeby jednotlivce jakkoliv kladné, stejně hrozí nebezpečí demotivace, které má u všech stejnou příčinu. „Určitý počet společných faktorů, které jsou považovány za motivační, jimi ve skutečnosti nejsou. Na druhou stranu existují prvky, které pokud chybí, budou demotivovat“ (Clegg, 2005, s. 10).

3.1 Specifika motivování sociálních pracovníků

Problematiku motivace sociálních pracovníků vystihuje Tichá (2012, s. 20) následovně: „Sociální služby se neustále profesionalizují. Přestože je hodnota pomoci lidem v nouzi pro společnost i život člověka nevyčísitelná, neodráží se to ani v morálním kreditu lidí pracujících v oboru, ani se to nereflektuje v ohodnocení práce.“ Proto se autorka zamýšlí nad udržitelností sociálních služeb zejména v době, kdy je všemi stranami vyvíjen tlak na jejich zkvalitňování a zefektivňování při stále nižších provozních nákladech.

Specifické pro sociální služby je především vytváření motivačních programů, protože jak jsem již popsala v kapitolách o financování, sociální služby u nás i v Kanadě podléhají daleko podrobnějším právním úpravám než běžné komerční aktivity a jejich financování probíhá především z veřejných rozpočtů. Opakovaně používaným vysvětlením skoro jakýchkoli problémů v sociálních službách je tedy to, že „nejsou peníze“. Avšak výstupy z řad průzkumů zaměřených na motivaci řadových zaměstnanců pracujících v sociálních službách, nejen u nás, ale i jinde v Evropě, nezjišťují pozitivní korelaci mezi kvalitou pracovního výkonu a množstvím peněz ve službách, jak uvádí Tichá (2012, s. 21)

Výsledky výzkumů také apelují na potřebu posilovat vědomou zodpovědnost manažerů, kteří jsou zodpovědní za aktuální prestiž sociálních služeb. Velký prostor pro zlepšení se jeví v oblasti přijetí role nadřízeného, a přes tolikrát zmiňovanou potřebu lidské přístupu je nutné u vedoucích pozic posílit jejich schopnost přímého vedení, rozhodování, delegování a přiměřené sankcionování nežádoucích jevů. Osobní dovednost manažerů efektivně zacházet s motivací podřízených pracovníků patří mezi žádané atributy jejich pozice, a jejich úspěšnost v dosahování cílů závisí právě mimo jiné i na tom, jak umějí motivovat sebe a své spolupracovníky. Nejčastější potíže v otázkách motivace vznikají nepochopením situace na pracovišti a v nesprávném chápání procesů s motivací spojených. Má-li se mluvit o efektivitě, musíme začít hodnocením vedoucích rolí, které jsou zodpovědné za ušetřené náklady za důsledky fluktuace, zbytečné odstupy, umělé nemocenské, nákladná výběrová řízení a zaškolování nových pracovníků, které má dopady i na kvalitu služeb. (Tichá, 2012, s. 20)

Cílem mého výzkumného šetření je proto i zjistit úroveň motivace sociálních pracovníků a činitele, které tuto motivaci podle jejich vlastního názoru ovlivňují.

4. Komparace sociální práce v paliativní a hospicové péči

Se čtvrtou kapitolou se dostáváme k hlavnímu zaměření této diplomové práce, a tou je detailní popis a komparace rolí a kompetencí sociálního pracovníka v hospici ve dvou od sebe navzájem historicky, kulturně a ekonomicky odlišných národech. Role, v níž má být sociální pracovník nejen odborníkem na danou problematiku, ale hlavně člověkem.

4.1 Role sociálních pracovníků v Kanadě

Charakteristiku kvality péče o umírající popisuje kanadský autorský kolektiv Bosma, et al (2008, s. 2), především slovy holistická, etická a individuální péče o pacienty. V principech a normách kanadské hospicové paliativní asociace se uvádí, že profesionálně vykonávaná sociální práce vyniká v přístupu k člověku v jeho psychosociální a spirituální úrovni.

Autoři v úvodu svého výzkumu uvádějí, že vytvořili ideální model vhodný následování. Nepředpokládají jeho úplné plnění, ale doporučují mít tento manuál stále u sebe a používat ho při jednotlivých krocích v poskytování péče.

Autorský kolektiv Bosma, et al (2008, s. 2) adresuje sociálním pracovníkům důležitou roli, jakožto zprostředkovatelům hospicové paliativní péče. Ačkoli je sociální práce uznávaná a zavedená disciplína v hospicové a paliativní péči v Kanadě, do roku 2008 chybělo vymezení rolí a funkcí sociálních pracovníků. Proto se sešel národní tým odborníků a školitelů, aby vymezil klíčové kompetence sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči. (Zkratka HPP). Jak bylo zjištěno, popis základních kompetencí byl nezbytný k rozvoji profesionálních standardů a k rozvoji vzdělávání v této oblasti.

Následující výčet je srozumitelný, popisný seznam klíčových kompetencí sociálního pracovníka v HPP. Jmenovitě je jimi etická arbitráž, zhodnocení, zprostředkování péče, organizace péče a dozor její kvality, informování a vzdělávání, zjišťování potřeb pacientů, pomoc v hledání vhodných řešení, výzkum, poradenství a zprostředkování informací, organizace mezioborová spolupráce a sebe-reflexivní praxe. Každou jednotlivou roli jsem se snažila přeložit podle svého nejlepšího úsudku, ale došla jsem k názoru, že v titulu ponechám i původní anglický název. V následujícím textu je každá role sociálního pracovníka autory Bosma, et al (2008, s. 2) popsána z hlediska hodnot, znalostí a schopností. Autoři také uvádějí, že vedli debatu, zda mají kulturní citlivost vymezit jako samostatnou kompetenci, ale většina účastníků debaty se shodla, že je již implicitně zahrnutá ve všech ostatních.

Autoři zdůrazňují, že tyto kompetence jsou míněny jako doporučený rámec výkonu sociální práce v posledních věcech člověka spíše než neflexibilní vzor, kterým se všichni sociální pracovníci musí uniformně řídit. Jsou relevantní pro nové i zkušené, obecné i specializované sociální pracovníky, kteří pracují s jednotlivci a rodinami žijícími s progresivní, život limitující nemocí, nebo se vyrovnávají se ztrátou blízké osoby. Toto vymezení kompetencí autoři doporučují používat nejen ve specializované sociální práci, ale v jakémkoli odvětví sociální práce v HPP. Přímá aplikace se potom samozřejmě bude v jednotlivých odvětvích lišit. Tato variabilita reflektuje rozličnou úroveň vzdělání a tréninku mezi sociálními pracovníky, stejně jako různý popis práce a existující zdroje, používané mezi různými institucemi a geografickými místy v Kanadě. (Bosma, et al, 2008, s. 2)

Tento soubor kompetencí může vézt sociální pracovníky v jejich vlastní praxi a sloužit jim jako pomocník v pojmenovávání jejich rolí a činností jiným profesím, jakožto i klientům a rodinným členům. Dále ho můžou používat na pracovišti k rozvoji popisu práce, jako pomocníka při náboru nových zaměstnanců, při jejich hodnocení, podpůrné praxi a cílech v poskytování sociálních služeb v hospicové paliativní péči. Poslední snahou je vytvořit ve spolupráci s kanadskou asociací ve vzdělávání v sociálních službách strategický plán pro implementaci tohoto souboru kompetencí do vzdělávání v sociální práci na bakalářské i magisterské úrovni. Nakonec autoři vyslovují naději, že využití těchto kompetencí různými způsoby může při dobré snaze a praxi rozvinout schopnosti sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči a zvýší počet odborně školených a vzdělaných sociálních pracovníků v péči o umírající. (Bosma, et al, 2008, s. 2-3)

4.1.1 Advocacy = etická arbitráž

Sociální práce je profese fundamentálně provázaná se sociální spravedlností a sociálními změnami. Proto by sociální pracovníci v HPP měli hájit potřeby, rozhodnutí a práva klientů a jejich rodin v paliativní péči. Tato obhajoba má být adresována klinické a politické moci na makro, mezo a mikro úrovni zdravotnického systému a v širších komunitách.

Postoje/hodnoty

- Závazek prosazovat autonomii klienta a podpořit jeho schopnost vyjádřit své potřeby
- Závazek respektovat klientovo sebeurčení, důstojnost, soukromí a informovaný souhlas
- Citlivost vůči rodinným, kulturním, náboženským a etnickým odlišnostem

- Ochota spolupracovat s jednotlivci v celém zdravotním systému za účelem určení a dosažení cílů klientům prospěšných

Znalosti

- Teorií, které jsou související s HPP praxí
- Efektivní komunikace a mediace
- Víceúrovňových advokačních technik
- Zdravotního systému, sociálního systému a toho, jak fungují jejich zdroje a jejich bariéry
- Různých kulturních potřeb v přístupu a užití HPP
- Bariér u zranitelných skupin na konci života a při truchlení ze ztráty
- Budoucích potřeb, zdrojů pomoci a mezer v péči
- Legálního a etického aspektu vztahujícího se k HPP
- Systematických faktorů, které omezují advokační výsledky

Schopnosti

- Kulturní kompetence vztahující se k rodinným, kulturním, náboženským a etnickým odlišnostem
- Efektivní verbální a psané komunikační schopnosti
- Mediace, vyjednávání, rozhodování a facilitační schopnosti
- Schopnost určit a popsat potřebu klienta a rodiny z jejich vlastní perspektivy, podle jejich kulturního a spirituálního přesvědčení
- Schopnost společně adresovat klientovi rodinné a jiné záležitosti, které vyžadují obhajobu
- Schopnost určit a adresovat mezery ve službách
- Schopnost pracovat se systémem a požadavky, které neodpovídají klientovým pečovatelským potřebám

4.1.2 Assessment = zhodnotitel

Sociální pracovníci mají zhodnotit klienty a rodiny a poskytnout srozumitelné informace kompetentním osobám. Dále mají urychlit zařízení plánu péče a mají na starosti i jeho neprodlužující se realizaci. Posouzení je významný proces, který je zásadní pro kvalitní fungování týmu a pro udělení kvalifikovaného rozhodnutí. Každý profesionální člen mezioborového týmu přináší důležitý aspekt pro holistické zhodnocení klientů a jejich rodin.

Postoje/hodnoty

- Vědomí osobnostních dispozic a možných předpojatostí
- Uvědomění si, že posouzení je založeno na spolupráci s klientem, kterého sociální pracovník přijímá jako experta na sebe samotného
- Schopnost udržet rovnováhu mezi odbornými znalostmi a klientovou potřebou na sebeurčení
- Vědomí, že posouzení je měnící se vývojový proces, který reflektuje pouze současnost klienta a jeho rodiny
- Vědomí, že posouzení zahrnuje sílu a zdroje stejně jako výzvy

Znalosti

- Kvalifikovaného zhodnocení klienta a jeho rodiny, která vyžaduje HPP spolu s pravděpodobnými trajektoriemi nemoci, umírání, smrti a truchlení
- Rozdílných hodnotících způsobů, přístupů a metod vhodných pro HPP
- Kulturních složek systému zahrnujících rodinu, komunitu, nábožensko-spirituální zdroje atd.

Schopnosti

- Profesionálních rozhovorů s jednotlivci a rodinami
- Dovednost a vůle k pokládání těžkých otázek a citlivost při jejich probírání
- Schopnost reflektovat měnící se stav, potřeby a priority klienta spolu s jeho vývojem nemoci, umírání a smrti.
- Schopnost naplnit profesionální standardy v mluvených a psaných záznamech a dokumentech o dalším hodnotícím procesu
- Schopnost pracovat s rozlišnými a konfliktními informacemi zároveň
- Schopnost uvědomit si, validizovat a podpořit odlišnost

4.1.3 Care Delivery = zprostředkovatel péče

Zajištění komplexní péče pro osobu s terminální nemocí lze jedinečně spoluprací interdisciplinárního týmu, což je zárukou pozdější nejlepší péče. Zajištění péče má být pravidelně diskutováno a přizpůsobováno měnícím se potřebám umírajícího člověka.

Postoje/hodnoty

- Závazek poskytovat péči s respektem, konzistentně, nepředpojatě a s porozuměním pro klientovo právo vyjadřovat své potřeby různými způsoby

- Přesvědčení o významu variability v přístupu k zajištění profesionální péče
- Přesvědčení o zaručení soukromí a důvěrného prostředí pro klienta a jeho rodinu
- Přesvědčení o schopnosti překonávat těžkosti a o schopnosti klientovu růstu v průběhu nemoci a umírání
- Závazek k sebehodnotící praxi

Znalosti

- Měnících se potřeb a způsobů péče o klienty, stejně jako výzev zakoušených klienty a rodinami v průběhu nemoci a truchlení
- Náboženské, spirituální, kulturní a sociální faktory ovlivňující očekávání od HPP
- Cílů, výhod a omezeních různých léčebných možností
- Rozdílných psychosociálních intervencí relevantních pro různé a měnící se potřeby péče v průběhu umírání
- Zhodnocení teorie a praxe
- Bariéry zabraňující vyhledání HPP služeb a zdrojů pomoci
- Etických a zákonných principů a aspektů v poskytování péče na konci života

Schopnosti

- Vytvořit a udržet terapeutický vztah
- Poskytnout množství psychosociálních intervencí zahrnujících osobní i rodinné poradenství, krizové intervence a skupinové práce
- Schopnost případově řešit komplexnost situací, tak aby byl zajištěn kvalitní průběh péče
- Schopnost zvážit poskytnutí péče
- Schopnost poznat etická dilemata a zahrnout všechny aspekty do zhodnocení dilematických situací
- Schopnost udržovat vhodné hranice při lítosti, bolesti a truchlení
- Schopnost postarat se o sebe sama, tak aby člověk dokázal lépe podporovat klienty a jejich rodiny
- Schopnost efektivně dokumentovat intervence za účelem komunikace s týmem a zachování údajů.

4.1.4 Care planning = organizátor a dozorce kvality péče

Sociální pracovník může klientovi pomáhat při dělání rozhodnutí týkajících se jeho samého, jeho rodiny. Plánuje spolu i se svými kolegy v HPP týmu pro vytvoření kvalitního a přijatelného plánu péče.

Postoje/Hodnoty

- Rozhodnutí zaměřit se a vyhodnotit co je smysluplné učinit pro jednotlivé klienty a jejich rodiny v rámci plánování péče
- Uvědomění si sociálních, kulturních a spirituálních okolností a rozdílností v osobnostní síle
- Závazek dodržovat holistický přístup při plánování péče

Znalosti

- Klientů a jejich blízkých
- Dostupných zdrojů pomoci
- Faktorů, které ovlivňují plánování péče v souvislosti s vývojem umírání a při truchlení
- Parametrů pro učinění informovaného rozhodnutí a při sdílení informací
- Biopsychosociálního vývoje a prožívání umírajícího člověka
- Rodinných vztahů ovlivňujících poskytnutí a plán péče

Schopnosti

- Schopnost zjistit a sloučit jak klientovi, tak i rodinné cíle
- Schopnost rozvinout a zhodnotit plán péče společně s klientem, rodinou a týmem
- Schopnost určit bariéry péče
- Schopnost zajistit kontinuální péči, vyžadující změny v průběhu prohlubující se nemoci
- Schopnost zhodnotit důsledky naplánované péče z pohledu klientů a rodiny

4.1.5 Community capacity building = informátor a vzdělavatel

Kvalita HPP se odvíjí i od postoje společnosti a komunity vůči ní samotné. Proto sociální pracovníci ztělesňují důležitou roli pro utváření postojů a přijetí HPP služeb u komunity.

Postoje/hodnoty

- Odhodlání pro podílení se na utváření schopností dané komunity
- Přesvědčení o síle, znalostech a schopnostech komunity při utváření těchto schopností

- Přesvědčení o tom, že smrt, umírání a truchlení jsou sociální události vyžadující společnou komunitní odpověď
- Respekt k filosofii a hodnotám komunitního společenství
- Ochota převzít vedoucí pozici jako sociální pracovník

Znalosti

- Teorií a praxe komunitního vývoje a modelů HPP
- Formálních a neformálních komunitních zdrojů pomoci ve vztahu k HPP
- Silných stránek, omezení a mezer v existující komunitě a jejímu postoji vůči HPP
- Bariéry v přístupu ke komunitní HPP a jejímu vlivu

Schopnosti

- Schopnost aplikovat komunitní teorie a praxe pro různé HPP potřeby
- Schopnost poskytnout vedení, podporu a vzdělávání v komunitě
- Schopnost naplánovat, zrealizovat a vyhodnotit HPP komunitní služby

4.1.6 Evaluation = zjišťovatel a plnitel potřeb klientů

Sociální pracovníci mohou pravidelně vyhodnocovat klinické a programové procesy a výsledky vedoucí k zajištění potřeb klientů a jejich rodin v HPP. Při této činnosti mají reagovat natolik efektivně, jak jen můžou. Potvrzení o efektivitě intervence je velmi důležité obzvláště při nejednoduchém posuzování složitých a neustále se měnících potřeb klientů a jejich rodin. Tak si můžou sociální pracovníci pomoci při vyhodnocení, jehož výsledky jsou v nejlepším zájmu klientů, jejich rodin a ostatních členů interdisciplinárního týmu. Při průběžném hodnocení se lépe daří zajišťovat udržitelnost kvality péče.

Postoje/Hodnoty

- Výsledky správného vyhodnocení vedou k efektivní sociální práci
- Pomáhá hodnotit zpětnou vazbu vzhledem k praxi a aktivně jí nacházet
- Ochota a odhodlání zahrnout vyhodnocení výsledků do revize nebo nové péče
- Respekt ke klientům a jejich rodinám jako nejlepším expertům v otázkách informovaného rozhodnutí ohledně péče

Znalosti

- Komponent a procesů při klinickém šetření včetně zhodnocení intervencí ve vztahu k lékařským a psychosociálním výsledkům
- Vyhodnocovacím prostředkům a strategiím vztahujícím se k lékařské, psychosociální a spirituální dimenzi. Také k paliativním a ke konci života se blížícím zážitkům klienta a jeho rodiny
- Sebereflektující praxe
- Programu hodnotících teorií a procesů
- Různých kulturních, náboženských a sociálních rámců a očekávání jednotlivců, rodiny a zdravotního systému, který informuje o klinických a programových cílech, aktivitách a závěrech
- Mikro a makro faktorů zlepšujících nebo omezujících paliativní péči
- Paliativních zdrojů pomoci a služeb, které umožňují řešit nesrovnalosti a mezery
- Průběhu nemoci a fyziologických změn, možností léčby. I znalosti psychosociálních potřeb v průběhu nemoci a truchlení
- Psychosociálních potřeb lišících se podle jednotlivých lidí a jejich fázích vývoje

Schopnosti

- Schopnost průběžně hodnotit vliv intervencí na pacienty, rodiny a interdisciplinární tým za účelem zvolit a rozvinout vhodný plán péče
- Schopnost efektivní komunikace u klientů nespokojených s poskytovanými službami
- Schopnost zahrnout pružné reflexivní techniky do praxe včetně pravidelné supervize
- Schopnost využít množství různých pomůcek a strategií, jako je rozhovor s otevřeným koncem, skupinové práce a šetření k vyhodnocení jednotlivců, rodin a skupin, ke zpracování programu a k dosažení cílů
- Efektivní mluvené a psané komunikace, která zahrnuje schopnost vyjádřit a zdokumentovat klinické a programové cíle, průběhy a závěry

4.1.7 Decision Making = Pomocník v hledání řešení

Sociální pracovníci by podle autorů měli být schopní uplatnit informace sebrané už během procesu vyhodnocení, aby dokázali s klienty a jejich blízkými učinit vhodná rozhodnutí.

Postoje/Hodnoty

- Ctění autonomie pacienta a jeho vlastního sebeurčení

- Sebeovládání a odhodlání zůstat nehodnotící
- Víra v lidskou schopnost poznat, co je pro ně samé nejlepší při fázi činění rozhodnutí
- Přijetí, podpora a validizace klienta, i když je jeho rozhodnutí neúplné nebo nejasné

Znalosti

- Souvislosti schopností, kompetencí a legálních požadavků vzhledem k činění rozhodnutí
- Toho, jak vývoj nemoci ovlivňuje činění rozhodnutí
- Psychosociálních a jiných faktorů, které ovlivňují rozhodování
- Jak rozdíly v moci ovlivňují rozhodování
- O způsobu činění etického rozhodnutí.

Schopnosti:

- Schopnost poznat a podpořit klíčové věci u rozhodujícího se
- Schopnost vézt a podpořit klienty, rodiny a týmy při činění rozhodnutí
- Schopnost poznat a mluvit o mezerách a o interpersonálních nebo intrapersonálních konfliktech, které znesnadňují rozhodování
- Schopnost uvědomit si, jak klient a jeho rodina zpracovávají informace
- Schopnost asistovat klientovi, rodině a spolupracovníkům za důstojných podmínek při obtížném rozhodování
- Schopnost spolupracovat a nechat na sebe navzájem působit názory při rozhodování

4.1.8 Education and research = Výzkumník

Sociální pracovníci představují důležitou roli ve vzdělávání a výzkumu v hospicové a paliativní péči. Přinášejí psychosociální perspektivu a implementují do sebe sociální práci, interdisciplinární vzdělávání a výzkumné iniciativy.

Postoje/Hodnoty

- Přesvědčenost o důležitosti sociálních pracovníků, vzdělávání a výzkumu v paliativní a hospicové péči
- Závazek dlouhodobého vzdělávání a profesionálního rozvoje na podporu zvyšující se pracovní kompetence v paliativní a hospicové péči
- Závazek vzdělávat ostatní v psychosociálním odvětví v HPP

Znalosti

- Rolí sociálních pracovníků a psychosociálního spektra v HPP
- Standardů péče, norem péče a nejlepší praxe
- Diagnóz, vývoje nemocí, bolesti, zvládnutí symptomů a souvisejících psychosociálních záležitostí
- Vlivů umírání, smrti a truchlení u jednotlivců, rodin a poskytovatelů péče
- Různých vzdělávacích strategií pro různé učební potřeby
- Metod pro klinickou supervizi, konzultace a vedení

Schopnosti

- Rozvíjet profesionální postavení sociální práce
- Učit a mentorovat studenty v sociální práci a jiných disciplínách
- Poskytnout poradenské služby a podpořit tím schopnosti pečovatелů
- Předat znalosti a informace jasně a přímo
- Poskytnout supervizi zaměstnancům v sociálních službách, dobrovolníkům a dalším poskytovatelům HPP

4.1.9 Information Sharing = poradenství a zprostředkování informací

Sdílení informací umožňuje přístup k vhodným zdrojům pomoci. Lidé jsou schopni vyvíjet se a změnit se, a měli by být podporováni při řešení jejich problémů a při směřování jejich životů. Součástí HPP je poskytování základního a odborného poradenství sociálními pracovníky klientům a jejich rodinám.

Postoje a hodnoty

- Podle etického principu pravdomluvnosti pečovatелé zjišťují, co klient už ví a co by nejspíš rád věděl při předávání informací
- Vědomí, že klient má právo být informován ohledně HPP a toho, co se nabízí v průběhu nemoci a truchlení
- Respektování individuální, rodinné a kulturní odlišnosti při předávání informací a potřebě znát je

Znalosti

- O formálním, neformálním, vnitřním a vnějším zdroji pomoci
- Typ informací, který podpoří efektivní péči a který zvažuje vhodné načasování a připravenost pro sdílení informací

- O klíčových faktorech, kterým nejčastěji čelí klienti a rodiny při umírání a vyrovnávání se se ztrátou.

Schopnosti

- Koordinovat a poskytovat informace o dostupných službách k uspokojení klientových potřeb
- Formovat a udržovat důvěryhodnost podle profesních standardů
- Poskytovat šetrně informace ve správném čase, jazyku a způsobu pochopitelném a přijatelném pro klienta
- Správného zhodnocení emoční a fyzické reakce klienta a schopnost odpovědět efektivně
- Zhodnotit klientovo porozumění a vytušit případnou potřebu po dodatečné informaci
- Poskytnout efektivní psanou, mluvenou a nonverbální komunikaci

4.1.10 Interdisciplinary team = organizátor mezioborové spolupráce

Do kontextu multidisciplinárního pracovního kolektivu je zasazena práce sociálního pracovníka. Kolektiv dohromady vytváří různé perspektivy, názory a expertízy ve snaze poskytnout nejlepší možnou holistickou péči. Klíčovou rolí sociálního pracovníka je zajistit psychosociální péči klientům, jejich rodinám i samotným pracovníkům.

Postoje a hodnoty

- Respekt k různým pracovním perspektivám, stylům a cílům uvnitř týmu.
- Vnímání sociální práce jako zásadní role pro tým a vážení si ostatních profesí
- Důvěra ve schopnosti jednotlivých pracovníků i kolektivu jako celku
- Ochota převzít vedoucí roli
- Ctění filosofie daného pracoviště a jeho praktik
- Závazek k provádění profesionální práce, která disponuje spolehlivostí a autonomií spolu se spoluprací.
- Ochota reflektovat a mluvit o rozdílných přístupech v týmu

Znalosti

- Účelu a funkcí multidisciplinárního kolektivu v HPP, včetně jeho silných a slabých stránek
- Teorií práce v multidisciplinárním kolektivu, systémů, skupin, mediace a komunikačních teorií
- Rozvíjení týmu, jeho podpoření a zhodnocení jeho fungování
- Multifunkčnosti sociálních pracovníků a schopnost zastávat i jiné potřebné role
- Sebejistoty při fungování týmu

- Znalost péče o sebe, své hranice a zvládání stresu
- Kulturního nalazení uvnitř týmu a pracovního prostředí

Schopnosti

- Posílit efektivitu komunikace mezi spolupracovníky a poskytnout vedení při team buildingu
- Urychlit plnění plánu díky trvalému poskytování podnětů a konzultací na témata biopsychosociálních, ekonomických a spirituálních potřeb u klientů a jejich blízkých osob
- Urovnání nerovnováhy mezi pacienty a týmem. Zároveň sdílení informací mezi kolegy
- Podpořit, posílit a uskutečnit komunikaci ohledně etických dilemat a rozdílných názorů
- Vytvořit a vézt efektivní komunikaci při konfliktech a v krizových situacích
- Vést komunikaci ohledně potřebných strategií při vyrovnávání se se smrtí, zármutkem a ztrátou.
- Školit a trénovat kolegy v oboru hospicové paliativní a psychosociální péče
- Zapojit kolegy do znalostí a praktikování sebereflektujících technik, které směřují k rozvoji osobnostních kvalit a strategického myšlení.
- Spolupracovat s kolegy na bázi akceptace a poskytnutí vhodného nasměrování a dalších podnětů

4.1.11 Self-Reflective Practise = praktikant sebereflexivní praxe

Úkolem výcviku je nacvičování svého vztahu vůči hospicové paliativní péči a uvědomění si recipročního charakteru ve vztahu mezi prací a vlastní osobou.

Postoje/hodnoty

- Uvědomění si důležitosti vlastní reflektující praxe jako integrální části péče o sebe
- Vědomí vlastní praxe a práce se sebou ve vztahu k smrti a umírání
- Uvědomění si důležitosti vlastní kulturní sebereflexe v HPP organizaci a uspořádání
- Vstřícnosti být transparentní ohledně vlastního předjímání a předpojatostí
- Ochota posunout se ze zranitelných a riskantních míst a situací
- Vědomí signifikantnosti spirituality, osobní historie a z toho pramenících vlivů promítajících se do praxe
- Uvědomění si vlivu vyplývající z práce s umírajícími a truchlícími osobami
- Uvědomění si důležitosti dávání a přijímání, mentorování a supervize.

Znalosti

- Účelu vlastní sebereflexe
- Vymezení sebe a svých znalostí v praxi
- Kdy a jak přistoupit k podpoření sebe sama
- Sebe sama za účelem rozpoznání vlastních sil, omezení a hranic

Schopnosti

- Vyžadovat a integrovat zpětnou vazbu do vlastní práce
- Poskytnout konstruktivní zpětnou vazbu
- Být naplno angažovaný pro sebe i druhé
- Poznat fyzické a emocionální reakce vůči umírání, smrti a truchlení
- Vnímat a mluvit o vlivu, který má práce s umírajícími a pozůstalými na vlastní osobu
- Integrovaní svého sebe náhledu do praxe
- Zvažování a udržování hranic
- Konzultovat problémy ve vhodných situacích
- Podporovat členy týmu v jejich snaze o sebereflexi

4.2 Role sociálních pracovníků v České republice

Podle zkušeností sociální pracovnice Mgr. Marie Přidalové je její hlavní rolí **doprovázení** nemocných a jejich rodin. Ze své praxe vnímá sociální práci především jako práci se ztrátami. Těch totiž nemocný člověk a jeho rodina utrpí od sdělení diagnózy a nepříznivé prognózy spoustu. Jedna se o ztrátu zaměstnání a tím pádem i o ztrátu sociálního statusu. Často se sníží životní úroveň celé rodiny, nemocný člověk se nemůže účastnit aktivit, které ho těšily a byly důležitou součástí jeho volného času, omezí se kontakty s lidmi, které pravidelně potkával, promění se dynamika rodinných vztahů, změny utrpí i jeho fyzický vzhled a v konečné fázi vlastně přichází o život. Přijmout tyto ztráty a nějak se adaptovat na novou situaci je velmi náročný proces a sociální pracovník může být jedním z lidí, kteří nemocného v průběhu nemoci a umírání podpoří. (Přidalová, 2010, s. 14)

Sociální pracovník je dále v paliativní a hospicové péči podobně jako ve všech jiných sociálních organizacích **odborným poradcem**, a to hlavně klientovi. Podle Vorlíčka pomáhá svým klientům při vyhledávání vhodných finančních či věcných dávek k alespoň částečnému vyrovnání životní úrovně a to nejen pro nemocného, ale i pro jeho pečovatele. Dále pomáhá i vyřizovat poslední věci člověka, je kompetentní asistovat při vyřizování závěti a při jiných právních úkonech. (in Čajánková, 2013, s. 41). Pro výkon efektivní sociální práce je nezbytné,

aby sociální pracovník znal a informoval svoje klienty o všech dostupných službách, které klienti a jejich blízcí můžou využívat, aby vyrovnaly kvalitu života. (Matoušek a kol., 2005, s. 206) Při výkonu této práce zastává i roli **administrátora**. Díky svým znalostem v příslušné právní oblasti může být nápomocen při zkontaktování notáře nebo právníka a může být nápomocen při vyjednávání specifických potřeb při sepisování poslední vůle i pro vyřešení majetkových záležitostí apod. (Čajánková, 2013, s. 41)

Podle Matouška v přímém kontaktu s klientem zastává i roli **facilitátora**. Při výkonu své běžné práce a komunikace s klientem se většinou u umírajících lidí dostane k odkrývání jejich slabých stránek, obav a vypjatých emocí. Zde sociální pracovník nemůže oddělovat své profesionální já od civilního. Naopak lidský a empatický přístup podporuje a napomáhá konstruktivně řešit klientovi problémy. Pokud sociální pracovník je sám v otázkách umírání vyrovnaný a má za sebou ideálně i sebezkušenostní výcvik, tak může ve chvílích, kdy si je jist, že pacientovi neublíží, být při hovoru otevřený a autentický. Při vyjadřování svého názoru samozřejmě nezapomíná ctít klientovu autonomii i jeho vnitřní motivaci vyrovnat se s nastalým problémem především vlastními silami (Svatošová in Matoušek a kol., 2005, s. 205-206). Takový přístup sociálního pracovníka může podpořit klienta k zorientování se se svými vlastními emocemi a ideálně i k vypořádání se s nimi. (Matoušek, 2005, s. 180). K poskytnutí efektivní a holistické pomoci při této roli musí samozřejmě znát nejen materiální, ale i emoční a psychologické potřeby uživatele hospice a jejich blízkých. V rámci facilitace se stará hlavně o to, aby se klient neocítl v sociální izolaci. Proto se snaží začlenit klienty do společenského dění a zachování kontaktu s jejich blízkými (Svatošová in Matoušek a kol., 2005, s. 205-207).

V roli **facilitátora** se sociální pracovník ocitá i při práci se svými kolegy, kterým pomáhá překonávat psychosociální zátěž jejich práce a odhalovat jejich rezervy. (Student a kol., 2006, s. 69-69). Podle Svatošové je úkolem sociálního pracovníka v hospici poskytovat svým kolegům potřebnou podporu, povzbuzení a v případě přání kolegy i reflexi, jejíž součástí může být i taktní napomenutí či upozornění při překračování hranic blízkosti a odstupu, nebo přílišné angažovanosti (in Matoušek a kol., 2005, s.205).

Při spolupráci s kolegy a hlavně dobrovolníky se sociální pracovník profiluje do role **edukátora**, obzvláště při zdůrazňování nutnosti osobního kontaktu pracovníka hospice s umírajícími. Ti jsou často podle Křivohlavého nejlepšími učiteli. Sociální pracovník by měl učit své kolegy a dobrovolníky, že rozhovor s klientem má být spíše nasloucháním než mluvením. Nejde přitom o apatické naslouchání, ale o participaci – spolupodílení se na

těžkostech a problémech klienta hospice. V sociální práci, více než kde jinde, jde především o naslouchání srdcem (in Čajánková, 2013, s. 45). Ve středu našeho zájmu by měla být nezištná pomoc trpícímu klientovi, a to i za cenu nepříjemného ticha. Pracovník hospice by určitě před klientem neměl sám od sebe demonstrovat vlastní filosofie vůči smrti.

Zde se dostáváme k další související roli sociálního pracovníka, kterou je **mediace**. Smrt a umírání není zátěžovou situací jen pro klienta samotného, ale samozřejmě i pro jeho rodinu a další blízké. V roli mediátora pak působí především ve vztahu klienta a jeho rodiny. Pokud je o to klientem požádán, může mu pomoci v konfliktních situacích hledat konstruktivní řešení a vézt ke vzájemnému smíření obě strany. Další, velmi často v odborné literatuře zmiňovanou situací je, když klient je již se svojí situací smířen a přijímá ji, ale jeho nejbližší ne. To může být klientovi na škodu. Zde by sociální pracovník měl umět promluvit s rodinou, doporučit jim odbornou pomoc ze strany psychologa nebo duchovního a upozornit je před přeceňováním vlastních sil. Pokud se rodina rozhodne stáhnout se, měl by sociální pracovník umět zprostředkovat někoho jiného, který se ujme role doprovázejícího. Může to být někdo z přátel, duchovní nebo dobrovolník. Mediační schopnosti a citlivost jsou zapotřebí skoro ve všech situacích hospicové péče, obzvláště na místě jsou ale pro sdělování diagnózy a při hovoru s rodinou, která brání sdělení diagnózy jejich členu rodiny. (Svatošová in Čajánková, 2013, s. 49-50) V rámci mediace se sociální pracovník snaží také o vytváření příznivého individuálního plánu uživatele. (Vyhláška 505/2006Sb. příloha 2, Obsah standard kvality sociálních služeb) Podle Přidalové (2010, s. 14-15) při utváření individuálního plánu jde o nenásilnou aktivizaci klienta, která musí vyvažovat oba zásadní přístupy – na jedné straně napomáhat pacientovi k přijetí této obtížné životní fáze spolu s hledáním cesty, která umožní co nejkvalitněji prožít zbývající čas. Na druhé straně pak chápat krizi a bezmoc nebo nechuť cokoliv dělat.

„Sociální práce v oblasti paliativní péče by měla využívat psychosociální kompetence a zabývat se zejména úkoly spojenými s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci, se školením a podporou dobrovolníků, sociálně právním poradenstvím.“(Dvořáčková, 2010, s. 17)

V pracovním prostředí přirozené psychické zátěže, jakou práce s umírajícími a jejich rodinami je, se od sociálního pracovníka očekává velký profesionální a lidský výkon. „Práce sociálního pracovníka v hospici je sice v určitých ohledech specifická – například trvalý kontakt sociálního pracovníka s umíráním a se smrtí, současně se však v ní odráží všechny obecné principy sociální práce (Svatošová, 2008, s. 125-128). Podle Svatošové má být sociální pracovník upřímný, neskrývat pohnutí, být trpělivý, vytrvalý a věrný. Pro práci s umírajícími je opravdu nutné

jednat opravdově, neskrývat nejistotu a bolest, být autentický. (2008, s. 205) Svatošová zde vyjadřuje vhodné osobnostní předpoklady pro poskytování kvalitních a saturačních služeb, kterými disponuje zralá a zkušená osobnost.

Konkrétní pracovní náplň sociálního pracovníka v paliativní péči lze charakterizovat těmito body:

1. Jde pomoc při vytváření plánu pro život s terminální nemocí: zde je obsahem především rozhodnutí, zda je nemocný schopen pobytu v domácím prostředí, popř. jaké služby mu lze nabídnout, aby byl tento pobyt možný, anebo zda pro něj není vhodnější pobyt v ústavní instituci;
2. Společné hledání vhodné náplně volného času, plánování rekondičních pobytů a plánování účasti ve svépomocných skupinách
3. doprovázení nemocného a jeho rodiny náročným životním obdobím: obnáší pomoc při formulaci pocitů a emocí a orientaci v nich formou podpůrného rozhovoru. Do tohoto bodu patří i pomoc při přípravách na smrt: asistence při vyřízení závěti a jiných právních úkonů, dokončení některých úkolů, rozloučení s určitými lidmi atp. Spadá sem i pomoc pozůstalým: což zahrnuje poradenskou pomoc a asistenci v administrativních záležitostech, které na pozůstalé čekají a také pomoc při prožívání truchlení. (Vorlíček et al., 2004, s. 490-491) Hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit názor sociálních pracovníků o jejich vlastních klíčových kompetencích a rolích a tyto výstupy spolu srovnat.

4.3 Katalog Národní soustavy povolání a připravovaný profesní zákon sociálních pracovníků

Podle Národní soustavy povolání existuje v sociální oblasti sedm kvalifikačních úrovní, schválené a projednané sektorovou radou jsou úrovně dvě až čtyři. Sedmá je nejvyšší kvalifikační úroveň, druhá je nejnižší. Rozepisovat je všechny pro účely této diplomové práce není nutné, jelikož se mi jedná spíše o hloubkovou sondu specifické pozice sociální práce v zařízeních hospicového typu. Nikde sice není stanoveno, do jaké kategorie se sociální pracovník v hospici a paliativní péči řadí, ale nejbližší mi připadá rozmezí kvalifikačních úrovní šest až sedm. V šesté kvalifikační úrovni je nejvíce odpovídající pozice **Koordinátor pečovatelské služby**. Ta je definovaná následovně: „Koordinátor pečovatelské služby

komplexně zabezpečuje pečovatelskou službu, koordinuje zajišťování této služby ve větším územním celku.“ (www.nsp.cz)

Obsahem pracovní činnosti je:

- Komplexní koordinace a zabezpečování pečovatelské služby, osobní asistence a asistenční služby.
- Zajišťování odborné, metodické, provozní a ekonomické činnosti.
- Provádění sociálního šetření v terénu včetně podávání návrhů.
- Provádění psychosociální podpory a dle potřeby akutní sociální intervence.
- Kontrolní činnost.
- Vedení příslušné dokumentace.

V pracovních podmínkách je zmíněn jako významný faktor duševní zátěž. Mezi kvalifikačními požadavky je u odborné přípravy a certifikátu uvedeno **vyšší odborné vzdělání v oboru sociální činnosti**. Jinou alternativu představuje vyšší odborné vzdělání v oboru sociální práce a sociální pedagogiky. Mezi odborné znalosti patří:

- procesy resocializace a sociální terapie
- pečovatelské služby o děti
- pečovatelské služby o staré, nemocné a nemohoucí občany
- sociální práce obecně
- a vyšší odborné vzdělání ve skupině oborů zdravotnictví.

Mezi odborné dovednosti patří:

- Provádění kontrol poskytovaných služeb včetně kontrol přímo v terénu
- Zajišťování akutní sociální intervence
- Provádění psychosociální podpory
- Provádění komplexní koordinace pečovatelské služby, osobní asistence a asistenční služby v rámci většího územního celku
- Vedení příslušných evidencí a dokumentace v sociální službě
- Navrhování změn způsobů a metod provádění sociálních služeb

Obecné dovednosti a měkké kompetence zatím vypracovány nebyly.

U odborné úrovně číslo sedm jsem jako nejbližší pozici ze všech nabízených co se obsahu, dovedností a znalostí týká, zvolila **Sociálního pracovníka Specialistu**. Sociální pracovník specialista koordinuje a vykonává vysoce odborné činnosti v oblasti sociální práce, řeší sociálně právní a sociálně zdravotní problémy klientů v zařízeních sociální péče.

Mezi pracovní činnosti patří:

- Koordinace a zajišťování odborných činností v oblasti sociální práce a sociálních služeb.
- Řešení sociálně právních a sociálně zdravotních problémů klientů.
- Vytváření podmínek pro zapojení klientů do společenského procesu.
- Jednání se správními orgány a jinými organizacemi, případné zastupování klienta.
- Zajišťování analytické a metodické činnosti.
- Zajišťování sociálně právního poradenství, vedení odborného týmu.
- Komplexní správa sítě sociálních služeb
- Vedení příslušné dokumentace.

V pracovních podmínkách je i tentokrát uveden jako významný faktor duševní zátěž. Mezi kvalifikační požadavky pro výkon této pozice patří **magisterský studijní program v oboru sociální péče**.

Odborné znalosti

Pro výkon této typové pozice jsou obvykle požadovány teoretické **znalosti** z těchto oblastí:

- poradenství pro občany obviněné, odsouzené, ve výkonu a po výkonu trestu
- pravidla a předpisy pro tresty nespojené s odnětím svobody a pro podmíněné tresty
- pravidla a předpisy pro výkon dohledu nad obviněnými, obžalovanými a odsouzenými
- procesy resocializace a sociální terapie
- sociální práce obecně
- postupy vyhledávání občanů v nepříznivé sociální situaci, analýz jejich potřeb a způsobů jednání v příslušných komunitách
- poradenství a zastupování pro staré a nemohoucí občany
- sociálně právní postupy
- poradenství a možnosti a postupy pomoci pro občany v nepříznivé nebo krizové sociální situaci (krizová intervence)

Odborné dovednosti

Pro výkon této typové pozice jsou obvykle požadovány tyto praktické **dovednosti**:

- Vedení příslušné dokumentace v sociální službě
- Mapování sociálně právních problémů v příslušné lokalitě

- Spolupráce při vytváření individuálních plánů, integrační strategie a plánů k začlenění jednotlivce a etnické skupiny do majoritní společnosti
- Šetření individuálních nebo skupinových potřeb klientů sociálních služeb
- Zajišťování sociálně právního poradenství
- Vyřizování záležitostí a problémů klientův krizových situacích v oblasti sociálně právní a sociálně zdravotní včetně jejich projednávání se státními institucemi
- Zajišťování komplexní výchovné a preventivní činnosti zaměřené na resocializaci klienta

a další ... (www.nsp.cz)

Tento rozbor jednotlivých pozic odpovídá i nově připravovanému profesnímu zákonu o sociálních službách „Nabytí účinnosti tohoto zákona je předpokládáno nejdříve k 1. 1. 2017, a to se záměrem sladit profesní zákon s dalšími systémovými změnami v oblasti sociálních služeb a připravovanou legislativou v oblasti sociálního začleňování ministra pro lidská práva.“ (www.socialniprace.cz)

„Cílem navrhované právní úpravy je podpořit odborný status sociálních pracovníků a prestiž oboru sociální práce,“ uvádí MPSV. Zákon přináší po obsahové stránce několik základních věcí:

- definici sociální práce a sociálních pracovníků;
- hierarchické členění sociálních pracovníků na „všeobecné“, „specialisty“ a „socioomy“;
- stanovení kvalifikačních předpokladů pro výkon sociální práce podle výše uvedených úrovní;
- zřízení „sociálních klinik“ jako pracovišť zajišťujících „ucelený výkon sociální práce“;
- zřízení profesní komory s povinným členstvím a s pravomocí stanovovat další kvalifikační předpoklady pro výkon sociální práce. (Šveřepa, 2014)

Mezi odborníky vznikají živé diskuze o prospěšnosti tohoto zákona a ten čelí řadě kritik. Například Milan Šveřepa, ředitel Centra podpory transformace o.p.s., se domnívá, že „profesní zákon je dalším krokem české sociální práce směrem k oboru, který se věnuje více sám sobě než lidem, pro něž je určen.“ Navíc neshledává účelným převést lékařskou metodologii vyjádřenou jejich profesní komorou do sociální práce, která funguje na jiných principech. „Domnívám se, že pokud profese potřebuje organizační změny, pak takové, které posílí její

schopnost spolupráce uvnitř i navenek. Další členění a hierarchizace oboru rozhodně neprospějí.“ (www.socialnirevue.cz) Což se shoduje i s názorem Musila o již tak velké diverzifikaci oboru sociální práce. Podle Jana Černého, ředitele Programů sociální integrace Člověka v tísni se jedná přímo o restrikce proti sociálním pracovníkům v tom ohledu, že díky profesnímu zákonu vznikne sociálním pracovníkům povinnost se sdružovat v komoře a platit její provoz. Zájmovou skupinou, která bude mít ze zákona profit, jsou podle Černého v tomto případě vzdělavatelé v sociální práci, což jsou některé vysoké školy, firmy zabývající se vzděláváním sociálních pracovníků a pak samozřejmě úředníci. Všechny tyto skupiny vedli i debaty o efektivitě navrhovaného zákona, jejichž záznam je na stránkách MPSV, přičemž pro podání připomínek ostatním angažovaným odborníkům v oboru sociální práce ponechalo ministerstvo pouhých pět dnů, což je podle Černého výsměch. Černý je toho názoru, že svojí funkci v definování profesních požadavků a povinnosti vzdělávat se každý rok určité penzum hodin plní dostatečně zákon a sociálních službách 108/2006. (www.socialnirevue.cz)

Osobně jsem toho názoru, že je v české společnosti opravdu potřebné docenit práci sociálních pracovníků, jelikož tato profese vyžaduje znalosti napříč vědami a psychicky odolné jedince s mravními hodnotami. Podstatná pro profesionální výkon sociální práce je i dlouholetá praxe. Zásadní změna musí nastat především ve zvýšení příjmů sociálních pracovníků. Podle mé vlastní zkušenosti jsou příjmy sociálních pracovníků především v neziskových organizacích silně neodpovídající životním nákladům doby. To je velká ostuda a hanba by byla, chtít po sociálních pracovnících placení členství v komoře bez navýšení jejich dosavadních příjmů. Spoustu věcí, které se během diskuzí řešily, jsou definovány dosavadním zákonem o sociálních službách č.108/2006, jako jsou například předpoklady pro výkon sociální práce, kvalifikační požadavky a kontrola kvality služeb. Na druhou stranu věřím, že pokud nový profesní zákon do sebe zintegruje dosavadní dobře fungující zákon 108/2006, může se členstvím v komoře zlepšit komunikace mezi jednotlivými totožnými zařízeními a tak se i zlepšit efektivita jejich práce.

5. Komparační šetření rolí sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči v České republice a v Kanadě

V předešlých kapitolách jsem se snažila popsat mladou historii hospicového hnutí v České republice a v Kanadě a popsat filosofii hospicové péče, která se ve vztahu k člověku snaží zapojit veškeré pomocné síly a nabídnout komplexní, holistickou péči lidem v konečné fázi života. Principy pomoci člověku v hospicovém zařízení vyznávají vysoké mravní hodnoty a předpokládají vedle odborné kvalifikace pracovníků i jejich velký etický potenciál. Realita je ale vůči hospicům v obou zemích ne zcela příznivá, jak jsem popsala v předešlých kapitolách podle dostupných zdrojů. Na sociální služby je neustále vyvíjen tlak a požadavek neustálé profesionalizace. Ačkoli je hodnota pomoci lidem v nouzi pro společnost a život všech lidí (protože každý z nás se několikrát za život ocitá v pozici potřebného, ať už jako dítě, v nemoci nebo na konci života) nevyčísitelná, neodráží se to ani v morálním kreditu lidí pracujících v oboru, ani se to nereflektuje v ohodnocení práce. To jsou závěry, které jsem doposud zjistila z odborné literatury. Nyní si chci ověřit, zda se výstupy těchto mnou použitých zdrojů budou shodovat s výsledky vlastního šetření.

5.1 Výzkumný problém

Ačkoli je sociální práce uznávaná a zavedená disciplína v hospicové a paliativní péči v obou zemích, v Kanadě do roku 2008 chybělo vymezení rolí a funkcí sociálních pracovníků. Proto se v této zemi sešel národní tým odborníků a školitelů, aby vymezil klíčové kompetence sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči. Jak bylo zjištěno, popis základních kompetencí byl nezbytný k rozvoji profesionálních standardů a k rozvoji vzdělávání v této oblasti. Vzhledem k faktu, že v České republice je absence takového manuálu, ptáme se, zda a do jaké míry se liší náplň práce sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči v České republice a v Kanadě? Sociálním pracovníkům byl předložen seznam rolí podle autorského kolektivu Bosma, et al (2008), doplněný zjištěnými kompetencemi z české odborné literatury. Podle něj odpovídali na otázku, „jaká je významnost jednotlivých rolí ve vaší osobní praxi?“ Dále je prosíme, aby podle předloženého seznamu určili, které role zastupují nejčastěji a které například nezastávají vůbec. Jaké role jim připadají nejvíce smysluplné a které naopak podle nich smysl postrádají. Sociální pracovníci také odpovídají na otázku, které role nezastávají a přáli by si je zavést do praxe, a které běžně zastávají, ale v seznamu chybí. V této části také zjišťuji motivaci sociálních pracovníků a faktory, které je motivují a které demotivují a jejich názor na adekvátnost/neadekvátnost jejich finančního hodnocení.

Dále se také zabývám názorem kanadské a české veřejnosti ohledně prestiže profese sociální práce a dávám prostor veřejnosti k vyjádření se ohledně důležitosti jednotlivých rolí sociálních pracovníků ze stejného seznamu, který jsem předložila i sociálním pracovníkům. Dále také zjišťuji mínění veřejnosti ohledně adekvátnosti/neadekvátnosti platového ohodnocení a také se veřejnosti ptám, zda vnímají sociální pracovníky jako kvalifikované odborníky. Zkoumám i úroveň znalosti veřejnosti ze základních pojmů paliativní hospicové péče.

5.2 Cíle šetření

Cílem číslo 1. a hlavním tématem této práce je srovnat role a kompetence sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči v České republice a v Kanadě. U této otázky se ptáme především na to, jaké role se v praxi sociálních pracovníků v České republice a v Kanadě v HPP shodují? Téma hospicových a paliativních služeb jsem si vybrala proto, že se mu podle mého názoru na poli vědy a výzkumu nevěnuje dostatečná pozornost, i když za poslední dva roky, tedy od doby, kdy jsem o podobném tématu psala svojí bakalářskou práci, se situace výrazně zlepšila. Za částečné odtabuizování tématu můžou sami hospice svou činností, kterou nabízejí veřejnosti. Dále můžeme vděčit i některým mediálním tiskům, ale i kulturním organizacím, které se tématem smrti zabývají. Jako příklad uvedu filmový festival Jeden Svět, který proběhl v březnu 2014 a kde bylo tématem hlavního filmu dobré umírání a po jehož promítání proběhla odborníky moderovaná diskuze.

Cílem č. 2 je zjistit motivaci sociálních pracovníků a faktory, které motivaci pozitivně a negativně ovlivňují a výsledky každého národa mezi sebou srovnat.

Cílem č. 3 je zjistit názor sociálních pracovníků ohledně adekvátnosti/neadekvátnosti jejich finančního ohodnocení a výsledky každého národa mezi sebou srovnat.

Cílem č. 4 je zjistit znalost veřejnosti ze základních pojmů hospicové paliativní praxe a výsledky porovnat.

Cílem č. 5 je zjistit názor veřejnosti o důležitosti jednotlivých rolí, které připisují sociálním pracovníkům a srovnat výsledky mezi oběma národy.

Cílem č. 6 je zjistit názor veřejnosti ohledně odbornosti a prestiže profese sociální práce a odbornosti sociálních pracovníků a výsledky opět porovnat.

Cílem č. 7 je zjistit názor veřejnosti ohledně adekvátnosti finančního ohodnocení sociálních pracovníků.

5.3 Hypotézy

V souvislosti s první výzkumnou otázkou předpokládám, že českým sociálním pracovníkům budou názvy rolí z výzkumu Bosma, et al (2008) připadat cizí, a proto je nebudou tak vysoce hodnotit jako kanadští sociální pracovníci. Zde se konkrétně jedná o prvních jedenáct pozic ze seznamu. Jmenovitě je jimi míněna etická arbitráž, zhodnocení, zprostředkování péče, organizace péče a dozor její kvality, informování a vzdělávání, zjišťování potřeb pacientů, pomoc v hledání vhodných řešení, výzkum, poradenství a zprostředkování informací, organizace mezioborové spolupráce a sebe-reflexivní praxe. To samé předpokládám, že se stane, i v případě hodnocení významnosti jednotlivých rolí sociálních pracovníků českou veřejností vzhledem k faktu, že veřejnost operuje se stejným seznamem jako sociální pracovníci. Tedy, že česká veřejnost bude prvních jedenáct rolí hodnotit nižším skórem než kanadská veřejnost.

Druhá hypotéza se pojí s tématem motivace sociálních pracovníků a zde předpokládám, že úroveň motivace se mezi českými a kanadskými sociálními pracovníky nebude výrazně lišit vzhledem k podobným podmínkám, které oba národy mají v otázce vzdělání a financování sociální práce. Shodné budou i jimi volené faktory, pozitivně a negativně ovlivňující jejich motivaci.

Třetí hypotéza zní následovně: „znalost pojmů z hospicové paliativní péče se mezi kanadskou a českou veřejností nebude lišit.“

Čtvrtá hypotéza se vztahuje k hodnocení adekvátnosti/neadekvátnosti finančního ohodnocení sociálních pracovníků. Vzhledem k zjištěnému faktu, že hospice jsou v obou zemích nevládní neziskové organizace a že výše platu řadových sociálních pracovníků, jako jsou ti v současnosti pracující v hospicové paliativní péči, je v obou zemích stejná, konkrétně lehce pod průměrným národním platem, hodnocení sociálních pracovníků i veřejnosti se bude v obou zemích shodovat. Slovem řadový sociální pracovník míním pracovníka v nevedoucí, nemanážerské pozici.

5.4 Úkoly šetření

K dosažení cílů šetření byly stanoveny tyto úkoly:

1. Oslovit pomocí emailové konverzace sociální pracovníky v České republice a v Kanadě s dotazem a instrukcemi k vyplnění dotazníku. K emailu byl také přiložen dokument

autorů Bosma et al. (2008) vysvětlující podrobně popsané role z hlediska hodnot, znalostí a schopností sociálních pracovníků.

2. Oslovit pomocí sociální sítě Facebook co nejširší veřejnost s prosbou o vyplnění jim určeného dotazníku v anglické a české verzi. U otázek zjišťujících znalost základních pojmů z paliativní hospicové praxe jsem požádala o čestnost odpovědí a nevyhledávání pojmů na internetu.

Překážkou byla obtížnost sběru odpovědí z kanadských hospiců. Většina odpovědí, které jsem dostala, byla stejná a to, že sociální pracovníci současně nemají, protože jí nedokážou zaplatit. Její práci proto supluje zaškolení dobrovolníci. Abych vůbec nějaké odpovědi sesbírala, musela jsem požádat tyto korespondenty, jestli by dotazník nepře poslali svým bývalým sociálním pracovníkům. V případě, že manažeři měli sami vzdělání v sociální práci, požádala jsem přímo je o vyplnění. Dále se mi osvědčilo najít si internetové stránky vysokých škol sociální práce a oslovit profesory se zkušenostmi v paliativní hospicové péči o vyplnění dotazníku. Jak se ukázalo, profesori byli ve vyplňování mnohem ochotnější než sociální pracovníci.

5.5 Výzkumné metody a metodika výzkumného šetření

Ve výzkumu jsou použity následující metody – studium odborné literatury, dva typy dotazníků, každý ve dvou jazykových verzích a následná analýza dat. První dotazník byl vytvořen přímo pro cílovou skupinu sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči a druhý má za cílovou skupinu veřejnost. Otázky v dotazníku byly připraveny opět na základě studia odborné literatury a mých dosavadních znalostí problematiky sociální práce v hospicové paliativní péči. Dotazník pro sociální pracovnice je konkrétně zaměřen na 3 základní oblasti, které budeme později z výsledků dotazníků analyzovat. Jedná se o oblast klíčových rolí a kompetencí sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči, dále motivace sociálních pracovníků a adekvátnost jejich finančního ohodnocení. Dotazník pro veřejnost se dělí do 4. oblastí. První oblast zjišťuje znalost pojmů z hospicové paliativní oblasti, druhá zjišťuje mínění veřejnosti ohledně důležitosti jednotlivých rolí sociálních pracovníků, třetí zjišťuje prestiž profese sociální práce a čtvrtá názor veřejnosti ohledně adekvátnosti finančního ohodnocení sociálních pracovníků.

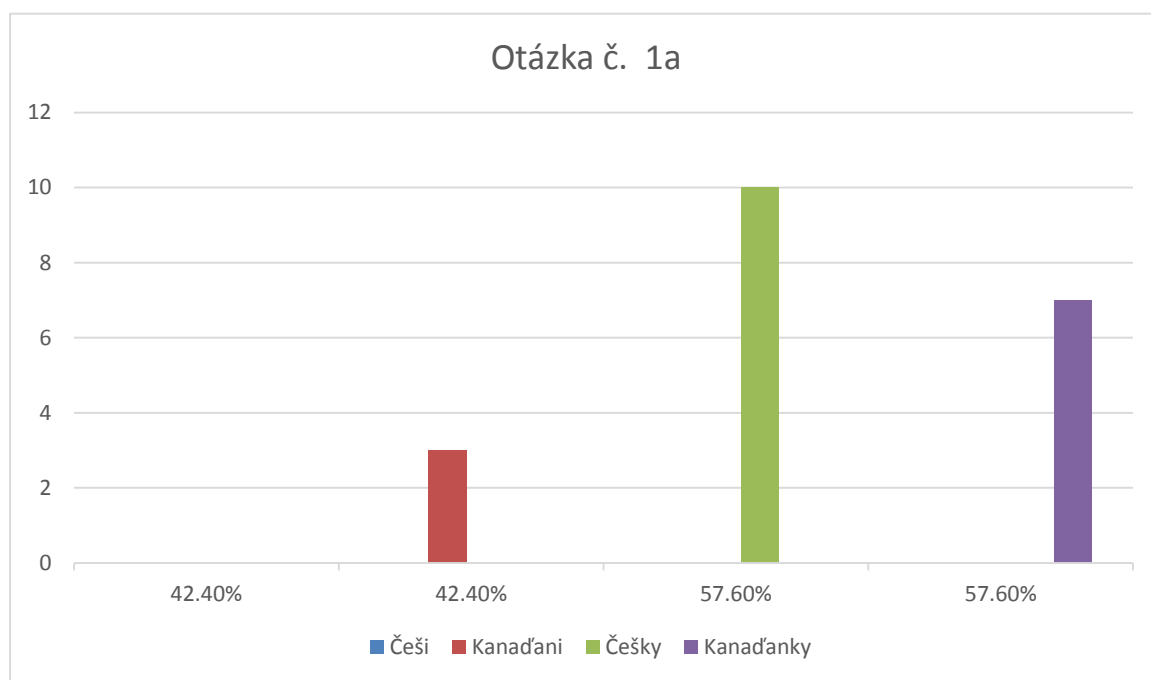
Dotazníky byly vzhledem k osobním údajům vyplňovány anonymně. Pro určení výsledků budu vycházet ze skutečnosti, že k dispozici mám 10 vyplněných dotazníků od českých sociálních pracovníků a stejně od kanadských, dohromady tedy 20 dotazníků. U dotazníku pro veřejnost se

mi podařilo sesbírat 33 vyplněných na obou stranách, dohromady mám 66 vyplněných dotazníků.

5.6 Výsledky výzkumného šetření a jejich interpretace

Výsledky šetření budu analyzovat procházením jednotlivých otázek u obou dvou dotazníků a grafickým vyhodnocováním jednotlivých oblastí, na které jsem se v dotazníku zaměřila.

5.6.1 Role a motivace sociálního pracovníka pro práci v hospicové paliativní péči v České republice a v Kanadě



Graf k otázce č. 1a Pohlaví 1

Otázka č. 1a: Jste muž nebo žena?

Česká republika: dotazník vyplnilo 10 žen a žádný muž.

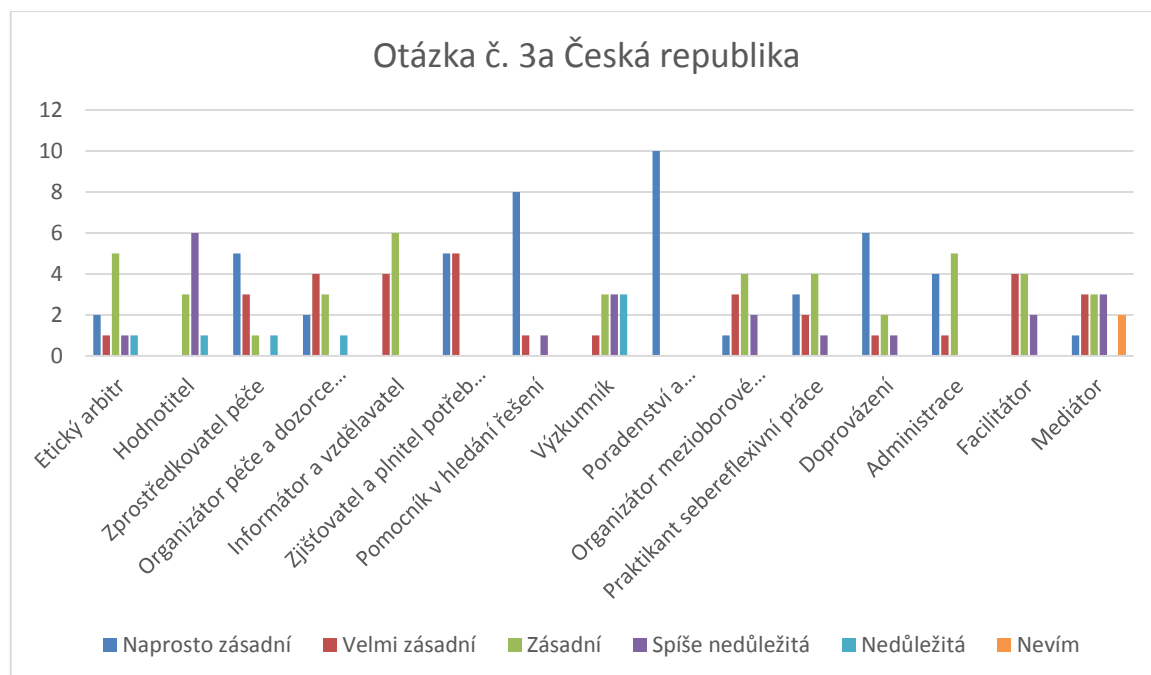
Kanada: dotazník vyplnili 3 muži a 7 žen.

Otázka č. 2: Prosím označte své nejvyšší vzdělání:

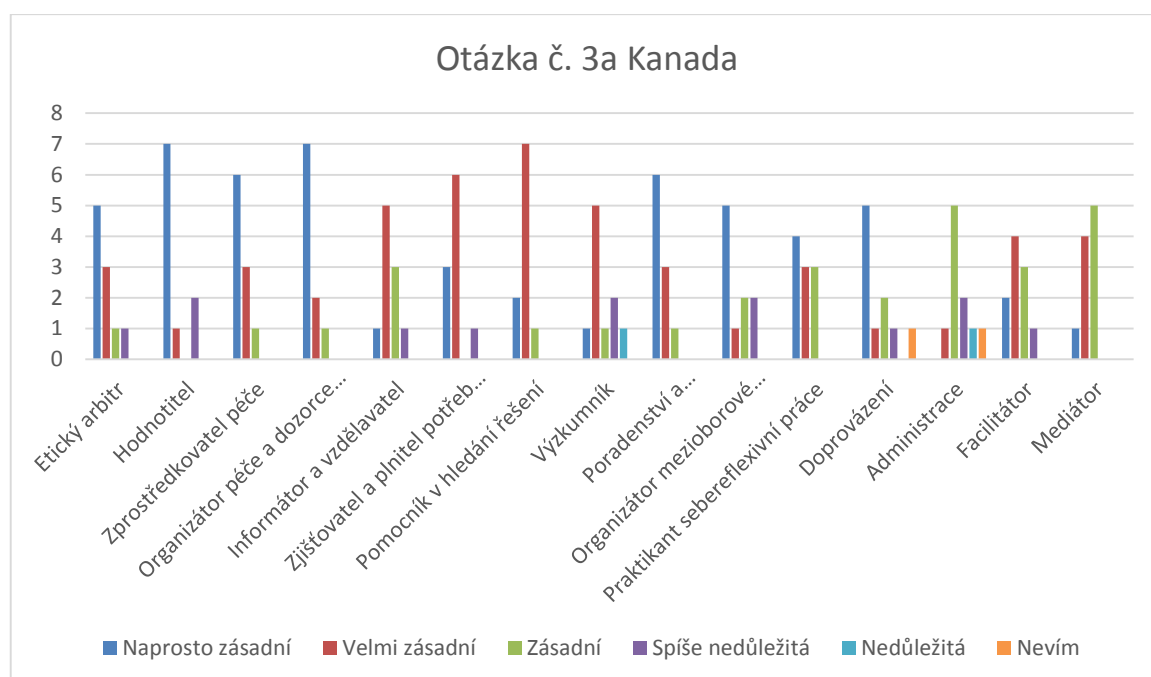
Všech 20 respondentů označilo, že má vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 3a: Označte prosím role podle důležitosti, kterou mají ve Vaší osobní praxi:

Graf k otázce č. 3a Důležitost jednotlivých rolí Česká republika



Graf k otázce č. 3a Důležitost rolí Kanada



Česká republika:

V kategorii naprosto zásadní sociální pracovníci jednoznačně zvolili poradenství a zprostředkování informací, které dostalo plných deset bodů.

V kategorii „velmi zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice zjišťovatele a plnitele potřeb klientů, ta dostala pět bodů.

V kategorii „zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice informátor a vzdělavatel, ta dostala 6 bodů.

V kategorii „spíše nedůležitá“ nejvíce bodů dostala pozice hodnotitele se šesti body.

V kategorii „nedůležitá“ dostala nejvíce bodů kategorie výzkumník, a to 3 body.

Kategorie „nevím“ nebyla zvolená vůbec.

Kanada:

V kategorii „naprosto zásadní“ měli stejně bodů dvě odpovědi. Sedm bodů dostali pozice hodnotitele a organizátora péče a dozorce kvality péče.

V kategorii „velmi zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice zjišťovatel a plnitel potřeb klientů, a to sedm bodů.

V kategorii „zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice administrátora a mediátora, a to 5 bodů.

V kategorii „spíše nedůležitá“ nebyla vybraná žádná pozice.

V kategorii „nedůležitá“ dostaly po jednom bodu pozice výzkumníka a administrátora.

Kategorie „nevím“ dostaly po jednom bodu pozice doprovázení a administrátora.

Otázka č. 4a: Jaké role zastáváte ve své denní praxi podle jmenovaného seznamu nejčastěji?

Česká republika:

Odpověď č. 1, 2: zprostředkovatel péče, poradenství a zprostředkování informací, etický arbitr, zjišťovatele a plnitele potřeb klientů (2x)

Odpověď č. 3: etický arbitr, pomocník v hledání řešení, poradenství a zprostředkování informací

Odpověď č. 4: poradenství a zprostředkování informací, zprostředkovatel péče, administrátor

Odpověď č. 5: poradenství a zprostředkování informací, doprovázení, administrátor

Odpověď č. 6: zprostředkovatel péče, mediátor, odborné sociální poradenství

Odpověď č. 7, 8, 9: poradenství a zprostředkování informací (3x)

Odpověď č. 10: doprovázení

Kanada:

Odpověď č. 1: Provádět hodnocení za účelem porozumění v jaké fázi klient/rodina jsou, jaká jsou jejich rozhodnutí, co si přejí udělat a co si udělat nepřejí a jaké jsou cíle péče. To vše shrnout a pomoci urychlit jejich rozhodování

Odpověď č. 2: Organizátor péče a dozorce kvality péče, poradenství a zprostředkování informací a organizátor mezioborové spolupráce.

Odpověď č. 3, 4, 5: Věda a výzkum.

Odpověď č. 6, 7: Hodnocení, poradenství a zprostředkování informací a mezioborová spolupráce.

Odpověď č. 8: Hodnocení, organizace péče a dozor její kvality, etická arbitráž.

Odpověď č. 9: Zprostředkovatel péče a organizátor péče.

Odpověď č. 10: Hodnocení a zprostředkování péče.

Otázka č. 5a: Jaké role z výše jmenovaného seznamu ve své praxi vůbec nevykonáváte?

Česká republika:

Odpověď č. 1 a 2: Zprostředkovatel péče, poradenství a zprostředkování informací, etický arbitr, zjišťovatel a plnitel potřeb klientů. (2x)

Odpověď č. 3: Etický arbitr, pomocník v hledání řešení, poradenství a zprostředkování informací.

Odpověď č. 4: Poradenství a zprostředkování informací, zprostředkovatel péče, administrátor.

Odpověď č. 5: Poradenství a zprostředkování informací, doprovázení, administrátor.

Odpověď č. 6: Zprostředkovatel péče, mediátor, odborné sociální poradenství.

Odpověď č. 7, 8, 9: Poradenství a zprostředkování informací.

Odpověď č. 10: Doprovázení.

Kanada:

Odpověď č. 1: Když členové rodiny mají nerealistická očekávání ohledně služeb hospicové paliativní péče a ještě nemají finanční zdroje, je pak velmi těžké cokoli vyjednat. To je velmi častá situace.

Odpověď č. 2 a 3: Výzkum.

Odpověď č. 4: Administraci.

Odpověď č. 5: Administrátor, mediátor, doprovázení.

Odpověď č. 6 a 7: Administrátor.

Odpověď č. 8: Mediátor a facilitátor.

Odpověď č. 9: Zprostředkování péče.

Odpověď č. 10: Žádná.

Otázka č. 6a: Jaké role z výše jmenovaného seznamu Vám připadají nejvíce smysluplné?

Česká republika

Odpověď č. 1: Zprostředkovatel sebereflexivních přístupů v práci týmu, zjišťování pohledů klienta a zprostředkování tohoto pohledu v týmu při tvorbě plánu péče.

Odpověď č. 2 a 3: Pomocník v hledání řešení, poradenství a zprostředkování informací, etický arbitr.

Odpověď č. 4: Poradenství a zprostředkování informací, pomocník v hledání řešení.

Odpověď č. 5: Doprovázení, pomocník v hledání řešení.

Odpověď č. 6: Etický arbitr, doprovázení.

Odpověď č. 7: Doprovázení.

Odpověď č. 8: Doprovázení, etický arbitr.

Odpověď č. 9: Administrátor.

Odpověď č. 10: Všechny.

Kanada:

Odpověď č. 1: Provádění hodnocení za účelem porozumění pacientům a jejich blízkým, což i urychluje vytvoření realistického plánu péče a oboustranného respektu.

Odpověď č. 2: Výzkum, poradenství a zprostředkování informací, zjišťovatel a plnitel potřeb klientů.

Odpověď č. 3: Doprovázení, plánování a organizace péče, etická arbitráž.

Odpověď č. 4: Zprostředkování péče, hodnocení, poradenství a zprostředkování informací.

Odpověď č. 5: Mediátor, doprovázení.

Odpověď č. 6: Zprostředkování péče.

Odpověď č. 7: Facilitátor a mediátor.

Odpověď č. 8: Zprostředkování péče, hodnocení.

Odpověď č. 9: Zprostředkování péče, hodnocení, sebe-reflexe.

Odpověď č. 10: Facilitátor.

Otázka č. 7a: Jaká role Vám připadají zbytečné?

Česká republika

Odpověď č. 1: Žádná mi nepřipadá zbytečná, ale zdá se mi, že nelze zároveň skutečně pracovat s klienty a být obhájcem klientova názoru při domluvě týmu o péči a zároveň vytvářet prostor pro fungování služby takto na klienta a jeho názor zaměřené ve veřejném prostoru. Prostě buď se mohu soustředit na práci s klientem, nebo se mohu zaměřit na vytváření podmínek pro fungování takové služby.

Odpověď č. 2: Zcela nadbytečná administrativa, kdyby jí bylo méně, více by to prospělo všem.

Odpověď č. 3: Zcela nadbytečná administrativa.

Odpověď č. 4 a 5: Výzkumník, hodnotitel.

Odpověď č. 6: hodnotitel

Odpověď č. 7, 8, 9, 10: všechny jsou důležité

Kanada:

Odpověď č. 1: Když nemůžu najít finanční prostředky pro pacienta, aby si mohl dovolit hospicovou paliativní péči.

Odpověď č. 2: Administrace, poradenství a zprostředkování informací.

Odpověď č. 3: Poradenství a zprostředkování informací.

Odpověď č. 4: Hodnocení.

Odpověď č. 5 a 6: Administrace.

Odpověď č. 7-10: Všechny jsou důležité.

Otázka č. 8a: Jsou v seznamu role, které ve své praxi nevykonáváte, ale přejete si?

Česká republika:

Odpověď č. 1: Nejsou, a vyskytly by se, je zcela na nás aby se v naší práci objevily.

Odpověď č. 2: Mediátor, praktikant sebe-reflexivní praxe.

Odpověď č. 3: Organizátor mezioborové spolupráce.

Odpověď č. 4: Aktivizační práce.

Odpověď 5-10: Ne.

Kanada:

Odpověď č. 1: Zjišťovatel a plnitel potřeb klientů.

Odpověď č. 2: věda a výzkum

Odpověď č. 3 a 4: facilitátor a mediátor

Odpověď č. 5: administrátor

Odpověď č. 6 - 10: ne

Otázka č. 9a: Jaké role běžně vykonáváte, a v seznamu chybí?

Česká republika:

Odpověď č. 1: Péče o pozůstalé, organizování různých tematických seminářů o smrti, umírání a doprovázení.

Odpověď č. 2: Podpůrné rozhovory, krizová intervence, poradce pro pozůstalé.

Odpověď č. 3: Vedoucí půjčovny kompenzačních pomůcek.

Odpověď č. 4: Koordinátor odlehčovací služby.

Odpověď č. 5: Účtování plateb za péči.

Odpověď č. 6 a 7: Duchovní podpora.

Odpověď č. 8-10: Nevím.

Kanada

Odpověď č. 1: Dozor nad dodržováním plné moci, přání neresuscitovat, neintubovat a nad institutem dříve vyslovených přání.

Odpověď č. 2: Terapie, řízení podpůrných skupinek.

Odpověď č. 3: Organizace mnohotematických seminářů.

Odpověď č. 4: Mezinárodní výzkum.

Odpověď č. 5: Duchovenská podpora.

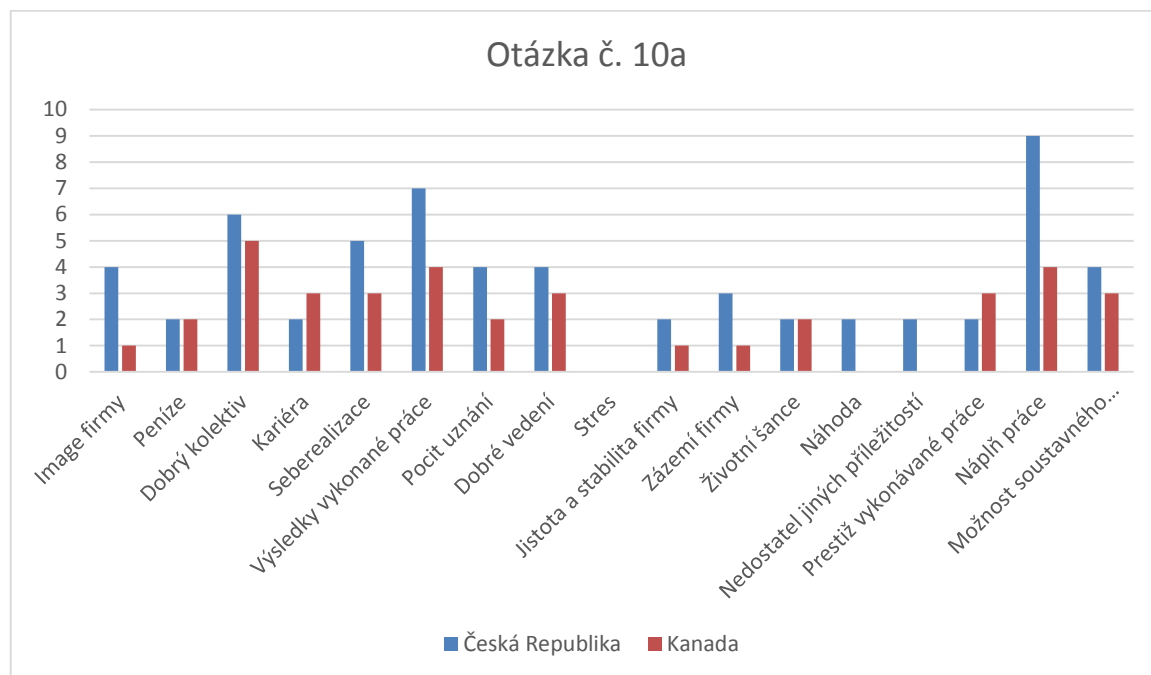
Odpověď č. 6: Terapie.

Odpověď č. 7: Terapie zaměřená na práci s lítostí.

Odpověď č. 8, 9, 10: Žádné.

Otázka č. 10a: Jaké důvody máte pro práci sociálního pracovníka v sociálních službách?

Graf k otázce č. 10a Motivující faktory 1

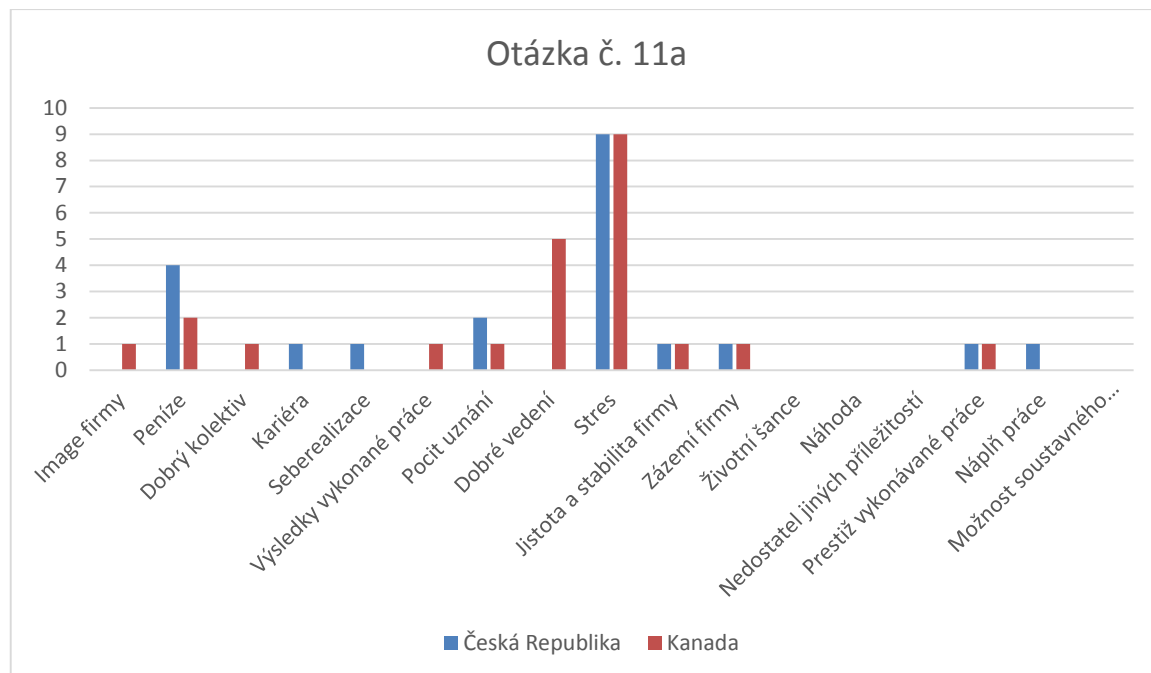


Česká republika: Jako nejsilnější motivátor se v 90 % ukázala náplň práce, posléze výsledky vykonané práce se 70 % a jako třetí nejsilnější motivátor seberealizace se 70%.

Kanada: Jako nejsilnější motivátory se na prvním místě s 50% ukázaly dobrý pracovní kolektiv. Na druhém místě se se 40% umístily motivátory jako náplň práce a výsledky vykonané práce.

Otázka č. 11a: Uveďte důvody proč nepracovat na vaší pozici?

Graf k otázce č. 11a Demotivující faktory

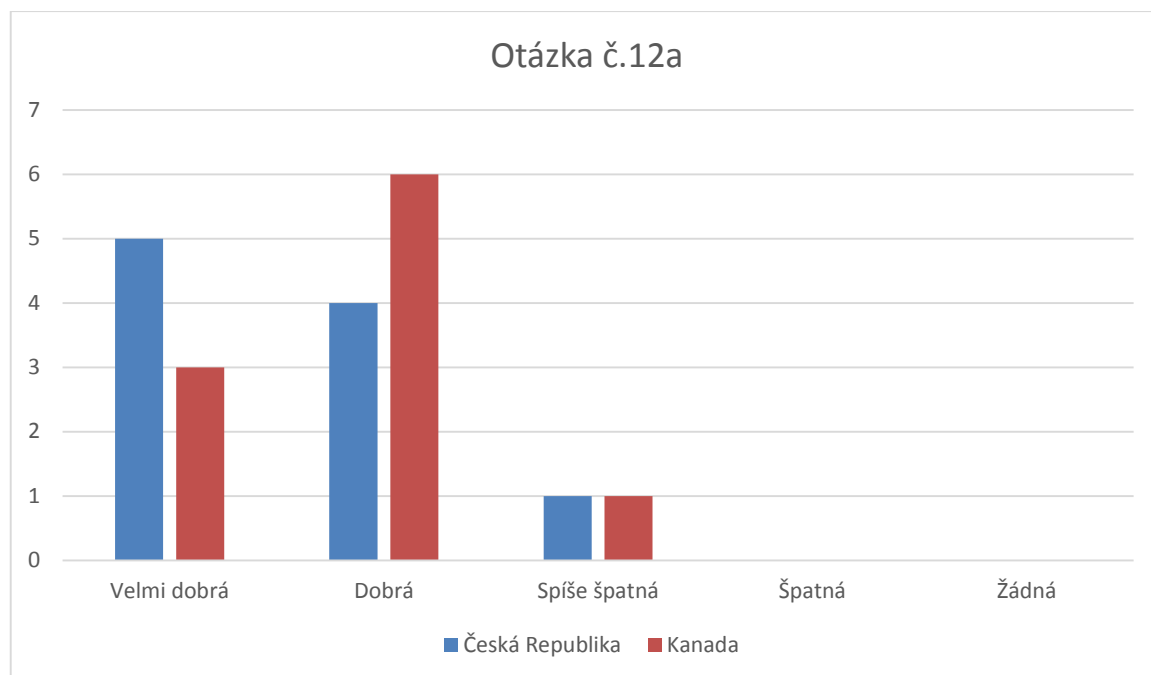


Česká republika: Zde se jako významný negativní faktor jeví stres, volený z 90%. Peníze byly voleny ze 40 % a pocit uznání z 20%.

Kanada: Podobně jako v Čechách hraje významnou negativní roli stres, volený z 90%, dále byl volen z 50% kolektiv lidí a z 20% peníze.

Otázka č. 12a: Jaká je v současné době Vaše motivace pro práci v sociální oblasti?

Graf k otázce č. 12a Hodnocení motivace

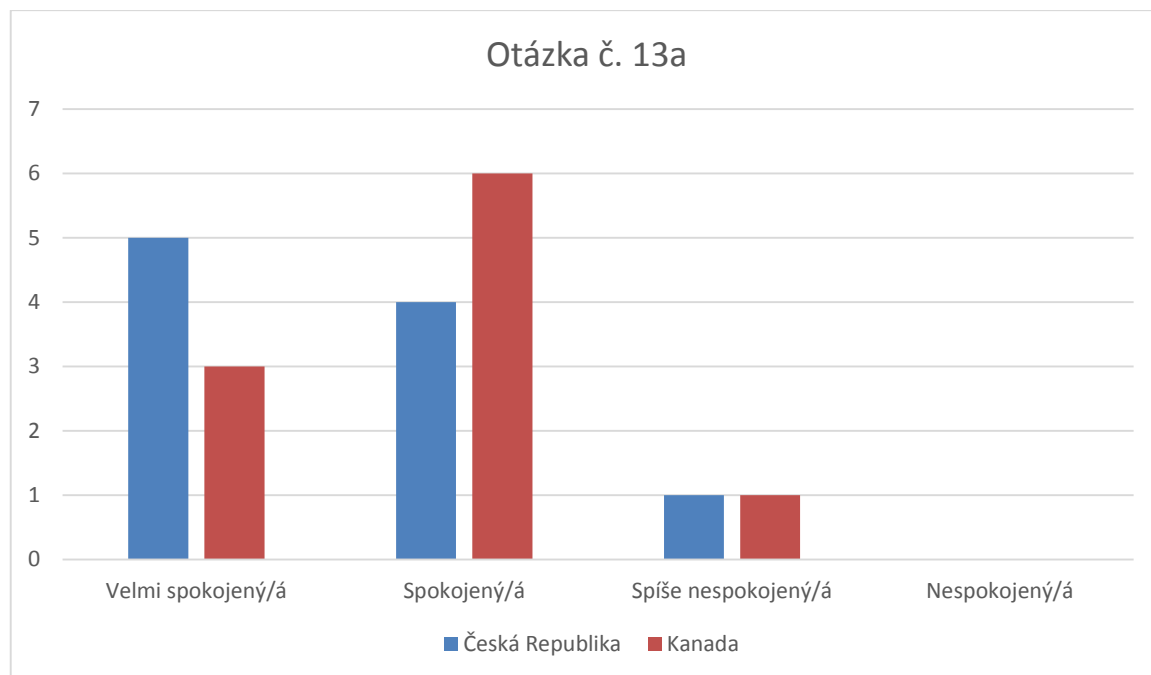


Česká republika: většina sociálních pracovníků zvolila z 50%, že jsou velmi dobře motivovaní, což je nejlepší úroveň motivace.

Kanada: zde 60% sociálních pracovníků zvolilo, že jsou dobře motivovaní, což je druhé nejlepší hodnocení.

Otázka č. 13a: Jak jste v současné době spokojení se svou prací? Prosím o Vaše subjektivní zhodnocení:

Graf k otázce č. 13a Hodnocení spokojenosti

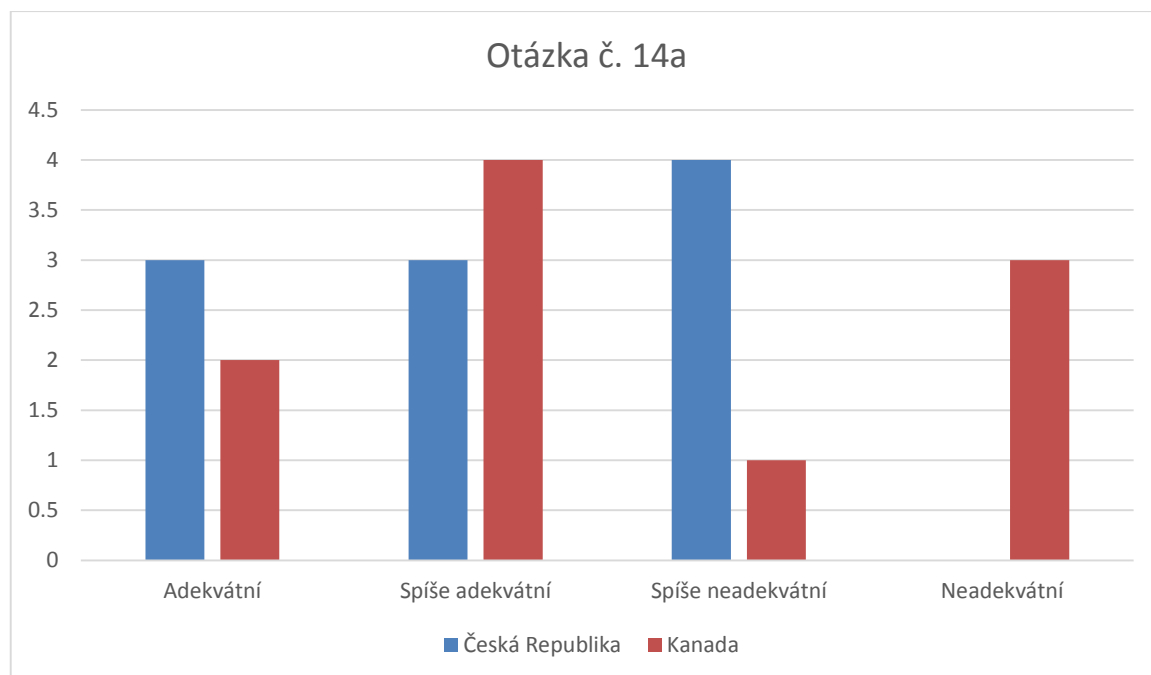


Česká republika: Nejvíce sociálních pracovníků se shodlo (50%), že jsou velmi spokojení se svou současnou prací, což je první nejlepší hodnocení.

V Kanadě se nejvíce sociálních pracovníků shodlo (60%), že jsou spíše spokojení ve svojí současné práci, což je druhé nejlepší hodnocení.

Otázka č.14a: Jaké je Vaše platové ohodnocení?

Graf k otázce č. 14a Adekvátnost platového ohodnocení



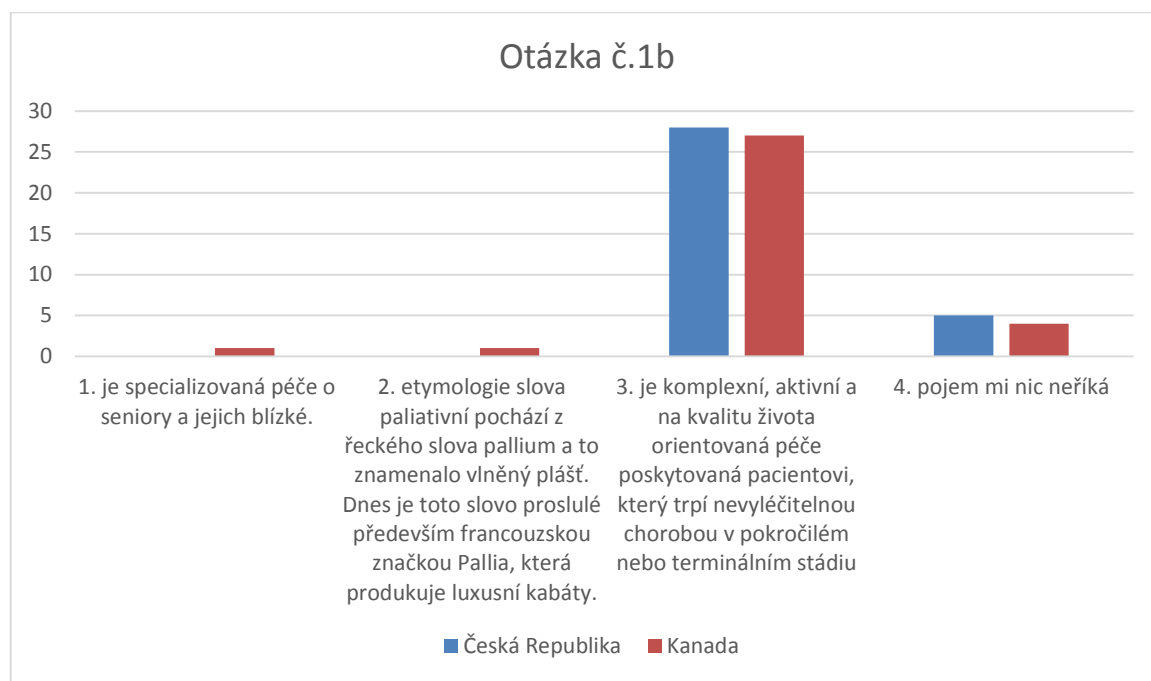
Česká republika: Nejvíce lidí (40%) se shodlo, že jejich platové ohodnocení je spíše neadekvátní.

Kanada: : Nejvíce lidí (40%) se shodlo, že jejich platové ohodnocení je spíše adekvátní.

5.6.2 Hodnocení významnosti práce sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči pohledem veřejnosti

Otázka č. 1b: Co znamená pojem paliativní?

Graf k otázce č. 1b Co znamená pojem paliativní

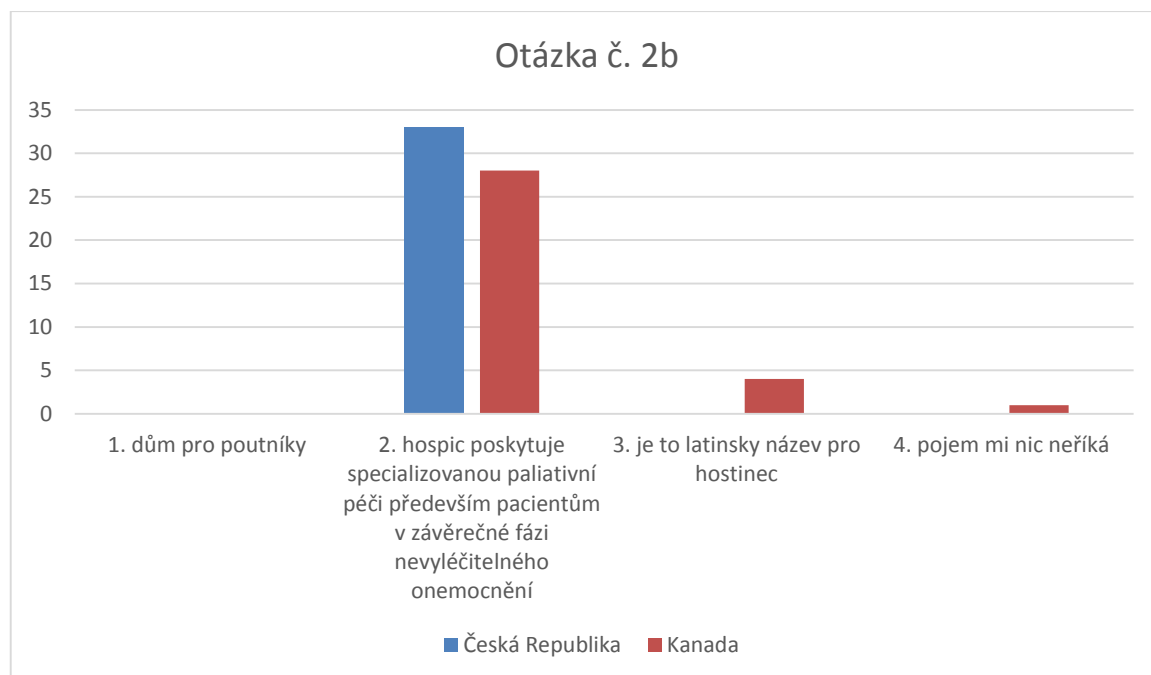


Česká republika: Správnou odpověď č. 3 zvolilo 28 lidí, což je 84,9 %. Pojem byl neznámý pěti osobám, což je 15,2 %.

Kanada: Správnou odpověď č. 3 zvolilo 27 lidí, což je 81,1 %. Po jedné osobě byla odpověď č. 1. a 2. Poje byl neznámý čtyřem osobám, což tvoří 12,1 %.

Otázka č. 2b: Co znamená pojem hospic?

Graf k otázce č. 2b Co znamená pojem hospic

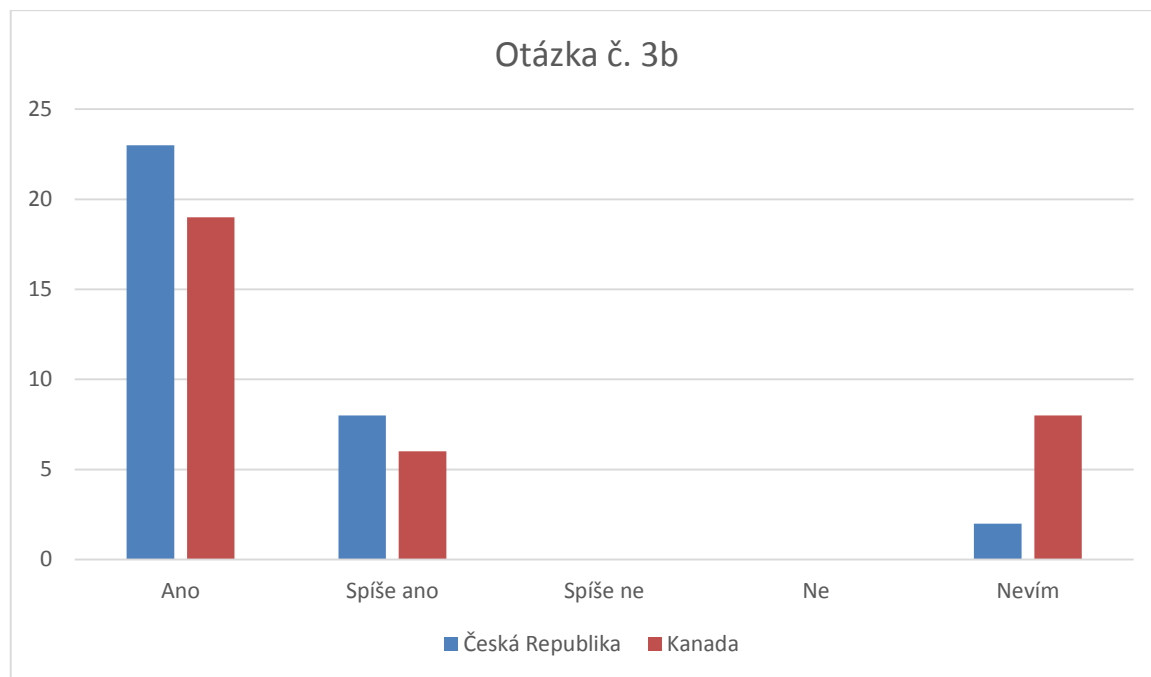


Česká republika: Všechny 33 respondentů zvolilo správně odpověď č. 2.

Kanada: 28 respondentů zvolilo správně odpověď č. 2. Čtyři respondenti zvolili odpověď č. 3 a jeden respondent pojem hospic neznal.

Otázka č. 3b: Domníváte se, že v profesním složení hospice má zaujímat místo sociální pracovníce?

Graf k otázce č. 3b. Důležitost sociální pracovníce v hospici

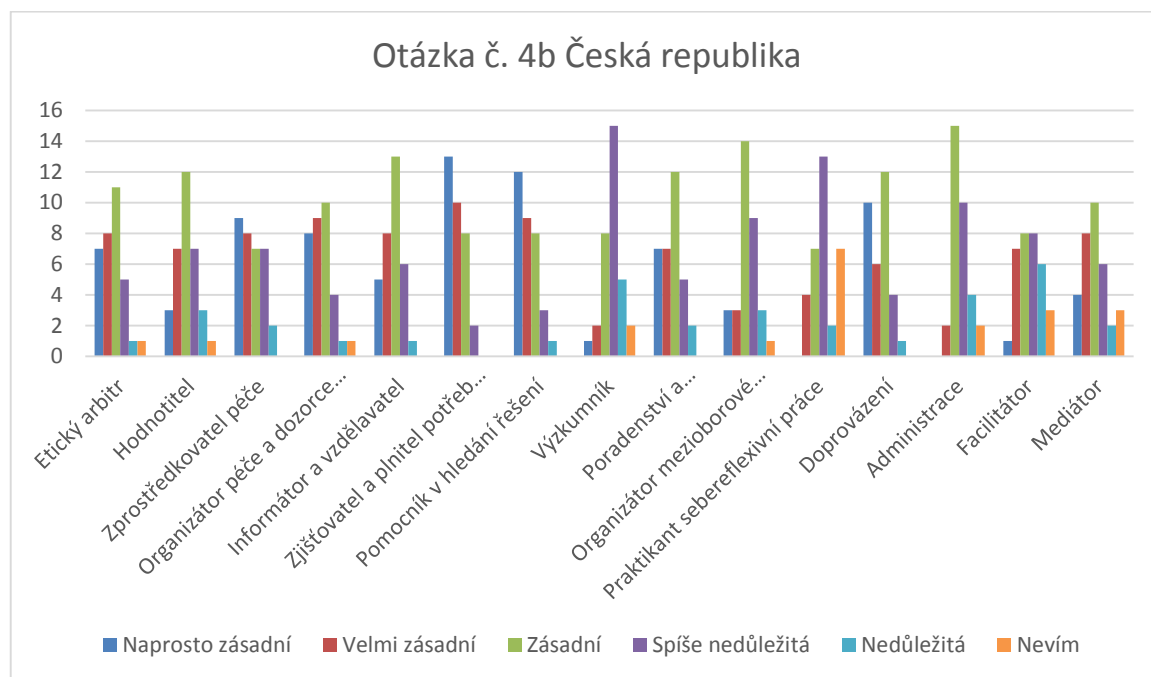


Česká republika: 23 lidí odpovědělo ano, 8 lidí spíše ano a dva lidé nevěděli

Kanada: 19 lidí odpovědělo ano, šest lidí spíše ano a 8. lidí nevědělo.

Otázka č. 4b: Označte prosím důležitost jednotlivých rolí sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči z pohledu klienta. Co vy sami, jako potenciální klienti, byste ocenili od sociálních pracovníků nejvíce?

Graf k otázce č. 4b Důležitost rolí Česká republika



Česká republika:

V Kategorii „naprosto zásadní“ lidé nejvýše ohodnotili pozici zjišťovatel a plnitel potřeb klientů, a to 13 body. Se 12 body byla jako druhá naprosto zásadní pozice zvolená pomocník v hledání řešení a deset bodů dostala pozice doprovázení. Ostatní pozice dostaly méně než 10 bodů.

V Kategorii „velmi zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice opět pozice zjišťovatel a plnitel potřeb klientů, a to celkově 10.

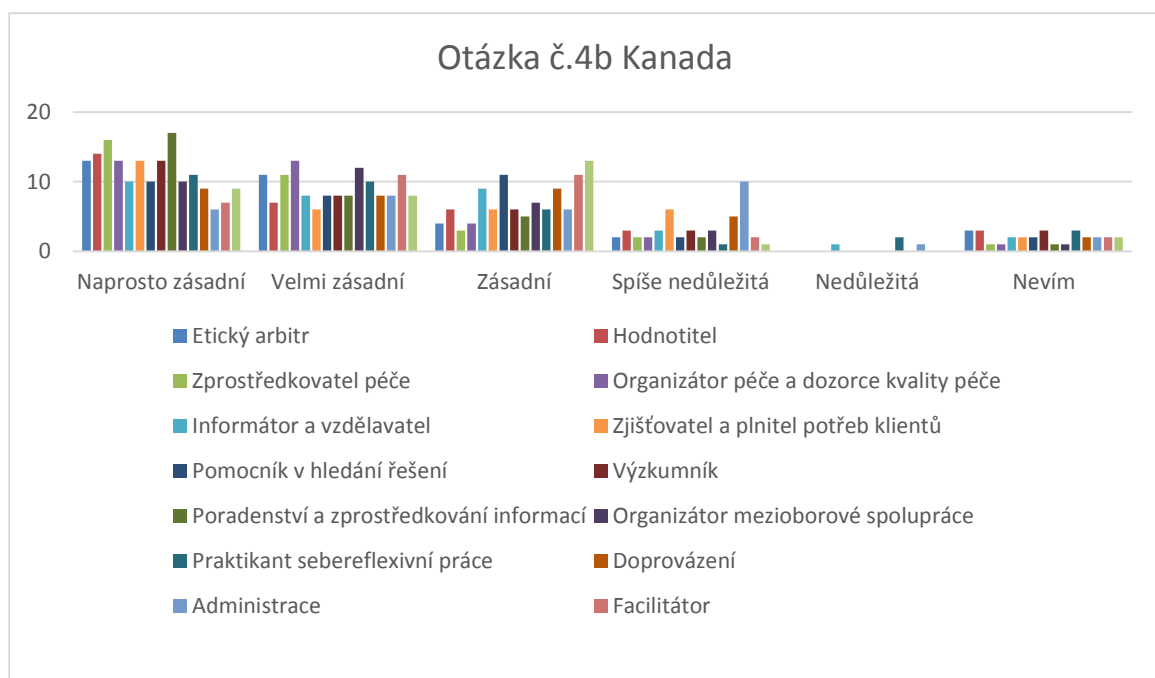
V kategorii „zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice administrátor, a to 15 bodů.

V Kategorii „spíše nedůležitá“ nejvíce bodů dostala pozice výzkumník, a to 15 bodů.

V kategorii „nedůležitá“ nejvíce bodů dostala pozice facilitátora, a to 6 bodů.

V kategorii „nevím“ nejvíce bodů dostala pozice praktikanta sebereflexivní praxe, a to 7 bodů.

Graf k otázce č. 4b Důležitost rolí Kana 1



Kanada:

V kategorii „naprosto zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice poradenství a zprostředkování informací. Za ní se umístila pozice zprostředkovatel péče, 16 bodů. 14. bodů dostala pozice hodnotitel. 13 bodů dostalo více pozic. Těmi jsou etický arbitr, organizátor péče a dozorce kvality péče, pomocník v hledání řešení a výzkumník.

V kategorii „velmi zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice organizátor péče a dozorce kvality péče.

V kategorii „zásadní“ nejvíce bodů dostala pozice mediátor.

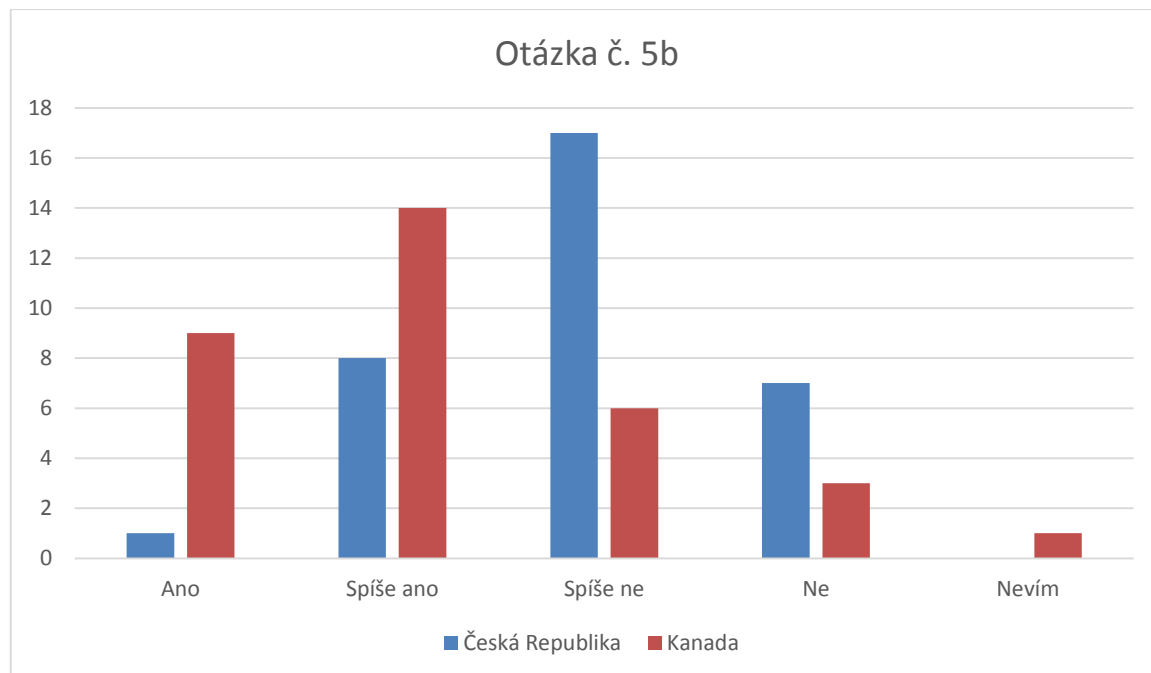
V kategorii „spíše nedůležitá“ nejvíce bodů dostala pozice administrátor.

V kategorii „nedůležitá“ nejvíce bodů dostala pozice praktikant sebe-reflexivní praxe, a to 2 body.

V kategorii „nevím“ po třech bodech dostaly kategorie etický arbitr, hodnotitel, výzkumník a praktikant sebe-reflexivní praxe.

Otázka č. 5b: Myslíte si, že profese sociální práce má ve Vaší zemi dobrou prestiž?

Graf k otázce č. 5b Prestiž sociální práce

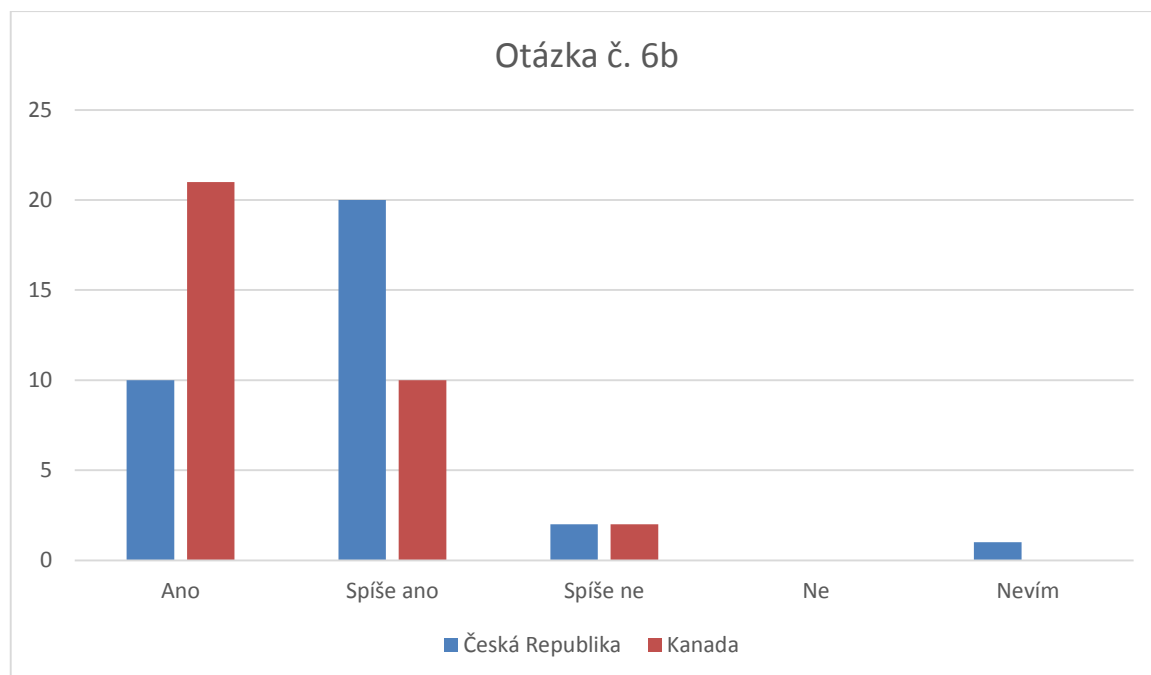


V České republice má podle mínění veřejnosti profese sociální práce spíše špatnou prestiž.

V Kanadě má naopak prestiž spíše dobrou.

Otázka č. 6b: Vnímáte sociální pracovníky jako kvalifikované odborníky?

Graf k otázce č. 6b Hodnocení kvalifikovanosti sociálních pracovníků

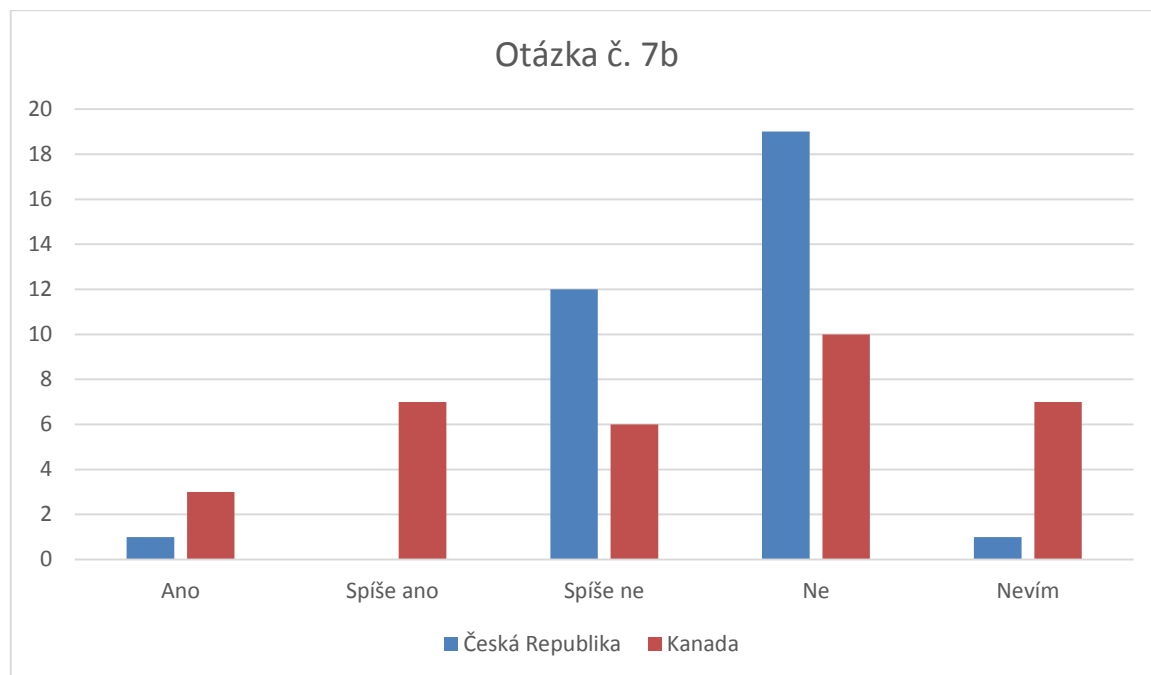


V České republice veřejnost zvolila odpověď „spíše ano,“ a to ve dvaceti případech.

V Kanadě vzorek mnou oslovené veřejnosti zvolil odpověď „ano“ a to ve dvaceti jedna případech.

Otázka č. 7b: Domníváte se, že jsou sociální pracovníci ve Vaší zemi adekvátně finančně ohodnocení?

Graf k otázce č. 7b Hodnocení platové adekvátnosti



Kanadě i České republice se veřejnost shodla na tom, že v jejich zemích sociální pracovníci adekvátně ohodnocení nejsou. V České republice tuto odpověď zvolilo 19 lidí, v Kanadě 10 lidí.

5.7 Závěry šetření

Zeptáním se sociálních pracovníků a pracovníc pomocí dotazníku na jejich názor ohledně důležitosti jednotlivých rolí v jejich osobní praxi jsme zjistili, že v České republice je podle sociálních pracovníků naprosto zásadní role **poradenství a zprostředkování informací**. Velmi zásadní je role **zjišťovatele a plnítele potřeb klientů** a **pozice informátora a vzdělavatele** je zásadní. Kanadští sociální pracovníci a pracovníce ohodnotili jako naprosto zásadní roli **organizátora péče a dozorce kvality péče** spolu s **hodnotitelem**. Jako velmi zásadní nejvíce ohodnotili roli **zjišťovatele a plnítele potřeb klientů** a jako zásadní roli **administrátora a mediátora**. Nejčastěji praktikovaná role sociálními pracovníky v HPP v České republice je **poradenství a zprostředkování informací**. V Kanadě je to **organizátor péče a dozorce kvality péče a hodnotitel**. Nejméně praktikovanou rolí z uvedeného seznamu je v České republice role **výzkumníka** a v Kanadě role **administrátora**. Nejvíce smysluplná se českým pracovníkům jeví pozice **doprovázení a etického arbitra**, kanadským sociálním pracovníkům **zprostředkovatele péče**. Nejméně důležitou se českým sociální pracovníkům jeví role **administrátora**, kanadští sociální pracovníci se nejčastěji shodli, že jsou všechny role důležité. Role, které nepraktikují, ale chtěli by, se všichni sociální pracovníci shodli, že takové nejsou. Jako role, které jsou součástí jejich denní práce, ale chybí v seznamu, čeští sociální pracovníci uvedli nejčastěji koordinátora odlehčovacích služeb a duchovenskou podporu. Kanadští sociální pracovníci uvádějí nejčastěji terapii (counselling).

Tím tedy můžeme zodpovědět otázku č. 1 „Jaké role se v praxi sociálních pracovníků v České republice a v Kanadě v HPP shodují?“ takto: shoda panuje v ohodnocení role **zjišťovatele a plnítele potřeb klientů** jako role velmi zásadní a shoda je také v ohodnocení role **výzkumníka** jako role nedůležité pro sociální pracovníky v paliativní hospicové péči. Nepotvrdila se první hypotéza, že sociální pracovníci v České republice nebudou tolik hodnotit prvních jedenáct pozic autorů Bosma et al. (2008). Jeví se tedy jako zřejmé, že čeští sociální pracovníci poctivě přečetli mé instrukce a prosbu o přečtení mnou přeloženého dokumentu Bosma et al. (2008) popisující jednotlivé role sociálních pracovníků v HPP.

Druhá výzkumná otázka je zaměřená na zjištění motivace, kterou sociální pracovníci v jednotlivých národech vykazují a na zjištění faktorů, které motivaci pozitivně a negativně ovlivňují. Většina českých sociálních pracovníků označila, že mají velmi dobrou pracovní motivaci, což je nejvyšší hodnocení a většina kanadských zvolila, že mají dobrou motivaci, což je na škále druhé nejlepší hodnocení. Jako významný pozitivní motivátor oba národy shodně

ohodnotily Výsledky vykonané práce. Pro Čechy byl hlavní pozitivní motivátor Náplň práce a pro Kanadany Dobrý pracovní kolektiv. Jako významný negativní motivátor oba národy zvolily z 90% stres. Druhá hypotéza, která zní: „úroveň motivace se mezi českými a kanadskými sociálními pracovníky nebude výrazně lišit vzhledem k podobným podmínkám, které oba národy mají v otázce vzdělání a financování sociální práce. Shodné budou i jimi volené faktory, pozitivně a negativně ovlivňující jejich motivaci,“ se potvrdila jen v části shodného zvolení negativního faktoru, v ostatních částech se nepotvrdila.

Výzkumným cílem č. 3 bylo zjistit názor sociálních pracovníků ohledně jejich platového ohodnocení. Zde u Čechů byla nejčastěji volená odpověď spíše neadekvátní, u Kanadánů spíše adekvátní. Tím se nepotvrdila část třetí hypotézy, která zní: „hodnocení sociálních pracovníků i veřejnosti se bude v obou zemích shodovat.“

Cílem č. 4 je zjistit znalost veřejnosti ze základních pojmů hospicové paliativní praxe a výsledky porovnat. U pojmu paliativní v České republice správnou odpověď zvolilo 28 lidí, což je 84,9 %. V Kanadě správnou odpověď zvolilo 27 lidí, což je 81,1 %.. U pojmu hospic byly výsledky o něco lepší. V České republice všech 33 respondentů zvolilo správně odpověď. V Kanadě 28 respondentů zvolilo správně odpověď, což je 84,9%. Závěr tedy je, že veřejnost v České republice má lepší znalost základních pojmů z hospicové paliativní praxe. Čímž se nepotvrdila ani čtvrtá hypotéza, znějící: „znalost pojmů z hospicové paliativní péče se mezi kanadskou a českou veřejností nebude lišit.“

Cílem č. 5 je zjistit názor veřejnosti o důležitosti jednotlivých rolí, které připisují sociálním pracovníkům a srovnat výsledky mezi oběma národy. Většina lidí v České republice a Kanadě se shodla, že v profesním složení hospice má sociální pracovníce svou legitimní roli. Nikdo nevolil proti. V České republice jako naprosto zásadní pozici sociálních pracovníků veřejnost nejvýše ohodnotila pozici zjišťovatele a plnitele potřeb klientů. Jako velmi zásadní nejvíce bodů dostala pozice opět pozice zjišťovatele a plnitele potřeb klientů. V kategorii zásadní nejvíce bodů dostala pozice administrátor. Kanadská veřejnost volila odlišně. Jako naprosto zásadní pozici veřejnost zvolila poradenství a zprostředkování informací, jako velmi zásadní nejvíce bodů dostala pozice organizátor péče a dozorce kvality péče a jako zásadní byla nejvíce ohodnocená pozice mediátora. Názor veřejnosti české a kanadské se mezi sebou tedy neshoduje. Názor českých sociálních pracovníků a české veřejnosti se shoduje v ohodnocení pozice jako velmi zásadní u zjišťovatele a plnitele potřeb klientů. Názor kanadských sociálních pracovníků a kanadské veřejnosti se shoduje v hodnocení pozice mediátora jako zásadní role.

Ani zde se tedy nepotvrdila první výzkumná hypotéza, která zní „česká veřejnost bude prvních jedenáct rolí hodnotit nižším skórem než kanadská veřejnost.“

Cílem č. 6 je zjistit názor veřejnosti ohledně odbornosti a prestiže profese sociální práce a výsledky opět porovnat. Výsledky jsou následující: v České republice má podle mínění veřejnosti profese sociální práce spíše špatnou prestiž, v Kanadě má naopak prestiž spíše dobrou. U hodnocení, nakolik jsou podle mínění veřejnosti sociální pracovníci kvalifikovanými odborníky, v Čechách si nejvíce lidí myslí, že „spíše ano“. V Kanadě vzorek mnou oslovené veřejnosti zvolil odpověď „ano.“ Z výsledků tedy vyplývá, že kanadská veřejnost má lepší mínění o prestiži oboru sociální práce i o odbornosti sociálních pracovníků.

Cílem č. 7 je zjistit názor veřejnosti ohledně adekvátnosti finančního ohodnocení sociálních pracovníků. Výsledky ukázaly, že v Kanadě i České republice se veřejnost shodla na tom, že v jejich zemích sociální pracovníci adekvátně ohodnoceni nejsou. V České republice tuto odpověď zvolilo 19 lidí, v Kanadě 10 lidí. Zde se tedy z části potvrdila hypotéza č. 4 o tom, že hodnocení sociálních pracovníků i veřejnosti se bude v obou zemích shodovat

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabývala tematikou komparace rolí sociálních pracovníků v České republice a v Kanadě v hospicové paliativní péči, což je podle mého názoru téma, kterému se v české odborné literatuře nevěnuje příliš pozornost. Odpověď na otázku proč tomu tak je, jsem se snažila najít pomocí dotazníkových metod a zde konkrétně zeptáním se veřejnosti na jejich názor ohledně prestiže oboru sociální práce a jejich názoru na odbornost sociálních pracovníků. Výsledky ukázaly, že česká veřejnost nepovažuje prestiž oboru sociální práci za příliš dobrou.

Cílem mé diplomové práce bylo poukázat na důležitost role sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči a podle dostupné literatury popsat jejich kvalifikaci a kompetence.

První kapitoly popisují historii hospicové paliativní péče v České republice a v Kanadě, principy a formy HPP, problematiku financování této péče a vize a aspirace hospicových hnutí do budoucna. Další kapitoly nás krátce a obecně seznamují s kvalifikačními požadavky pro pozici sociálního pracovníka, s výší jejich příjmů a s prestiží oboru sociální práce. Dále se krátce zabýváme i specifickými motivy sociálních pracovníků. Poslední kapitoly nás extenzivně seznamují s výčtem rolí a kompetencí sociálních pracovníků v HPP v České republice a v Kanadě.

Cílem šetření bylo zjistit mínění sociálních pracovníků o důležitosti jednotlivých profesních rolí ze seznamu, který jsem sestavila podle kanadské a české odborné literatury. Sérií otevřených otázek jsem se snažila také zjistit, které z rolí zastávají v každodenním životě, jaké role hodnotí jako smysluplné, které nezastávají a přáli by si a také jaké role naopak v denním životě zastávají a v mém seznamu chybí. Zjištěné výsledky jsem mezi českými a kanadskými sociálními pracovníky porovnávala a zjistila, že se názory a činnost sociálních pracovníků v České republice a v Kanadě od sebe většinou odlišuje. Shody panují jen v pár ohledech. V dotazníku pro sociální pracovníky jsem se dále ptala na motivaci, motivační faktory, spokojenost s prací a s finančním ohodnocením. I zde jsem dostala odlišné výsledky. Ve výzkumném šetření jsem dala prostor k vyjádření se i veřejnosti. Ve znalosti základních pojmů z HPP byla silnější Česká republika. Kanadská veřejnost ale na druhou stranu měla vyšší mínění o profesi sociálních pracovníků i o jejich odbornosti. V hodnocení veřejnosti ohledně důležitosti jednotlivých rolí panovala shoda pouze v jedné roli.

Shrnutí:

Komparační studie sociální práce v hospici v České republice a v Kanadě

Comparative study of social work in hospice care between Czech Republic and Canada

Irena Mašatová

Shrnutí:

Ve své diplomové práci jsem se zabývala komparací rolí, kompetencí a pracovní náplní sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči v České republice a v Kanadě. Prvním tematickým blokem bylo popsání hospicových hnutí v České republice a v Kanadě. Jmenovitě jsem se věnovala historii těchto hnutí, hodnotám, které vyznávají a formám, v kterých existují. Zabývala jsem se i problematikou financování hospiců, které jsou v obou zemích neziskové instituce a vizím a aspiracím těchto hnutí do budoucna. Druhým tematickým blokem bylo popsání kvalifikačních požadavků, finančního ohodnocení a prestiže sociální práce. Do tohoto bloku patří také popsání specifík v oblasti motivování sociálních pracovníků. Třetím tematickým blokem bylo hlavní téma práce, jímž je komparace jednotlivých rolí sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči a ukázání jejich široké specializace a užitečnosti v profesním týmu hospice. Výzkumná část se zabývá srovnáním rolí sociálních pracovníků v hospici a předkládá seznam uvedený v přechozích kapitolách k prověření, jak odpovídá praxi. Seznam rolí sociálních pracovníků byl předložený i veřejnosti v České republice a v Kanadě a prostřednictvím dotazníků jsou zodpovězeny úkoly, které jsem si vzhledem k danému tématu stanovila.

Summary:

In my diploma thesis the main goal was create comparative study of social workers agendas in hospice palliative care between Czech Republic and Canada. The first thematical block was dedicated to the description of hospice palliative care history in both countries, their key values and formes of help as well as financial situation and aspiration and goals of this movement for the future. The second block is explaining the requirements for becoming the social worker, their salaries and is also describing the prestige of social work profession in both countrie. There is also chapter describing the specifications in creating motivational program for this profession. The third block is all about the main topic, which is the description of the roles and competencies of social workers in hospice palliative care. The survey was made through the

questionnaires given to the social workers in HPP and to the public in both countries and is trying to find answers to fundamental questions related to the theme of the essentiality of social workers profession in hospice palliative care.

Literatura

ČAJÁNKOVÁ, I. *Role sociálního pracovníka v hospici*. Olomouc 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Jakub Doležel, Th.D.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná*. Časopis Sociální práce/Sociálna práca. vol. 2, 2010, str.16-17

HAŠKOVCOVÁ, M. *Thanalogie. Nauka o umírání*. Praha: Galén, 2000. Str. 191. ISBN 80-7262-034-7.

HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce. Metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: OSMIUM, 1999 ISBN 80-902081-8-5.

LORENZ, W. *Teorie a metody sociální práce v Evropě – profesní profil sociálních pracovníků*. Časopis Sociální práce/Sociálna práca. vol. 1, 2007, str. 62-71

HOLEKSOVÁ, T. *Ležící, nemocný člověk a domácím prostředím*. Praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma. Praha: Grada Publishing,a.s, 2002. 92 s. ISBN 80-247- 0212-6

KALVACH, Z. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.

MACKOVÁ, M. *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta Ostravské Univerzity. Vedoucí práce: PhDr. Naděžda Kubíčková, Ph.D., obhájeno: v roce 2002

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2005. s. 352. ISBN 80-7367-002-x

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče v ČR ve spolupráci s MZ, MPSV, VZP ČR a Magistrátem hlavního města Prahy. 1998, s. 46.

MUSIL, L. *Různorodost pojetí, neujasněnost nabídky a kontrola výkonu „sociální práce“*. Časopis Sociální práce/Sociálna práca. vol. 2, 2008, str. 60-79

MUSIL, L. *Typologie pojetí sociální práce*. In: Tokárová, A., Matulayová, T. 2008. *Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika – aktuálne otázky teórie a praxe*.

Spoločenskovedný zborník č. 23 AFPh 238/320, Prešov

O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. Str. 324. ISBN 80-247-1295-4.

PARKES, C. M., aj. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno, 2007 Společnost pro odbornou literaturu, 180 s. (Paliativní péče) ISBN 9788087029237

PŘIDALOVÁ, M., *Sociální práce v paliativní péči*. Časopis Sociální práce/Sociálna práca. vol. 2, 2010, str. 14-15

RŮŽIČKOVÁ, D. *Význam myšlenky "oborové kolektivní identity" pro sociální pracovníky v české společnosti*. Fakulta Sociálních Studií Masarykovy Univerzity v Brně. Vedoucí práce: prof. PhDr. Libor Musil, CSc. Obhájeno: 18. 6. 2009

SLÁMA, O., KABELKA, I., VORLÍČEK, J., *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5

STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: Nakladatelství HH. ISBN 80-7319-059-1

SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: APHPP, Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

TICHÁ, M. Motivace a motivování. *Odborný časopis sociální služby*, Únor 2013, s. 20-25

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína..* Praha: Grada, 2004. s. 314. ISBN 80-247-0279-7.

ZITA, J. *Univerzalizace – specializace jako součást profesionální identity*. In Smutek: Možnosti sociální práce na počátku 21. století. Sborník příspěvků z minikonference. Katedra sociální práce a sociální politiky. Hradec Králové, 2005. s. 182

Internetové zdroje:

BOSMA, H. Canadian Social Work Competencies for Hospice Palliative Care: A Framework to Guide Education and Practice at the Generalist and Specialist Levels. (online). Canadian Hospice Palliative Care Association. (cit. 2015-4-14), Dostupné na: www.chpca.net
www.asociacehospicu.cz (cit. 2015-3-1)

www.ceskapozice.lidovky.cz (cit. 2015-2-15)

www.chpca.net (cit. 2014-8-15)

www.nsp.cz (cit. 2015-2-21)

Seznam grafů

Graf k otázce č. 1a Pohlaví 1	63
Graf k otázce č. 3a Důležitost jednotlivých rolí Česká republika.....	64
Graf k otázce č. 3a Důležitost rolí Kanada	64
Graf k otázce č. 10a Motivující faktory 1	71
Graf k otázce č. 11a Demotivující faktory.....	72
Graf k otázce č. 12a Hodnocení motivace	73
Graf k otázce č. 13a Hodnocení spokojenosti.....	74
Graf k otázce č. 14a Adekvátnost platového ohodnocení.....	75
Graf k otázce č. 1b Co znamená pojem paliativní	76
Graf k otázce č. 2b Co znamená pojem hospic	77
Graf k otázce č. 3b. Důležitost sociální pracovníce v hospici	78
Graf k otázce č. 4b Důležitost rolí Česká republika	79
Graf k otázce č. 4b Důležitost rolí Kanada	79
Graf k otázce č. 5b Prestiž sociální práce	81

Graf k otázce č. 6b Hodnocení kvalifikovanosti sociálních pracovníků82

Graf k otázce č. 7b Hodnocení adekvátnosti platů sociálních pracovníků83

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník pro sociální pracovníky

Otázka č. 1a: Jste muž nebo žena?

a) muž

b) žena

Otázka č. 2: Prosím označte své nejvyšší vzdělání:

a) základní

b) středoškolské

c) vysokoškolské

Otázka č. 3a: Označte prosím role podle důležitosti, kterou mají ve Vaší osobní praxi:

<i>Accompanying/</i> Doprovázení	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Counseling/</i> Poradenství	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> ,

		<p>zásadní</p> <p>4 - <i>somewhat essential</i>,</p> <p>Spíše zásadní</p> <p>5 - <i>not essential</i>,</p> <p>nedůležité</p> <p>6 – <i>unsure</i></p> <p>nevím</p>
<p><i>Administration/</i></p> <p>Administrace</p>	1-2-3-4-5-6	<p>1 - <i>absolutely essential</i>,</p> <p>Naprosto zásadní</p> <p>2 - <i>very essential</i>,</p> <p>Velmi zásadní</p> <p>3 - <i>essential</i>,</p> <p>zásadní</p> <p>4 - <i>somewhat essential</i>,</p> <p>Spíše zásadní</p> <p>5 - <i>not essential</i>,</p> <p>nedůležité</p> <p>6 – <i>unsure</i></p> <p>nevím</p>
<p><i>Facilitation/</i></p> <p>Facilitace²</p>	1-2-3-4-5-6	<p>1 - <i>absolutely essential</i>,</p> <p>Naprosto zásadní</p> <p>2 - <i>very essential</i>,</p> <p>Velmi zásadní</p> <p>3 - <i>essential</i>,</p> <p>zásadní</p> <p>4 - <i>somewhat essential</i>,</p> <p>Spíše zásadní</p> <p>5 - <i>not essential</i>,</p>

² Facilitátor je odborník na moderování diskuzí. Musí být důsledně nestranný. Zodpovídá za průběh diskuse, ale nikoliv za její obsah. Jeho úkolem je usnadnění komunikace mezi účastníky diskuse. Facilitátor by se měl pokusit o dosažení shody mezi účastníky diskuse, je-li to možné, a zabránit případným konfliktům.

		nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Mediation Worker/</i> Mediace ³	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím

Série otevřených otázek:

Otázka č. 4a: Jaké role zastáváte ve své denní praxi podle jmenovaného seznamu nejčastěji?

Otázka č. 5a: Jaké role z výše jmenovaného seznamu ve své praxi vůbec nevykonáváte?

Otázka č. 6a: Jaké role z výše jmenovaného seznamu Vám připadají nejvíce smysluplné?

Otázka č. 7a: Jaká role Vám připadají zbytečné?

Otázka č. 8a: Jsou v seznamu role, které ve své praxi nevykonáváte, ale přejete si?

Otázka č. 9a: Jaké role běžně vykonáváte, a v seznamu chybí?

Otázka č. 10a: Jaké důvody máte pro práci sociálního pracovníka v sociálních službách?

³ Mediátor je v obecném smyslu zprostředkovatel. Jedná se o profesi, u nás poměrně novou, která má své místo při dobrovolném řešení mimosoudních sporů (např. majetkové vyrovnání při rozvodu). Mediátor je nezávislá osoba, která oběma stranám usnadňuje komunikaci a pomáhá dospět ke smírnému řešení. Toto řešení však nenavrhuje mediátor, ale obě strany. Mediací končí uzavřením dohody.

- a) Image firmy
- b) Jistota a stabilita firmy
- c) Zázemí firmy
- d) Životní šance
- e) Náhoda
- f) Nedostatek jiných příležitostí
- g) Prestiž vykonávané práce
- h) Náplň práce
- i) Možnost soustavného vzdělávání
- j) Peníze
- k) Dobrý kolektiv
- l) Kariéra
- m) Seberealizace
- n) Výsledky vykonané práce
- o) Pocit uznání
- p) Dobré vedení
- q) Stres

Otázka č. 11a: Uveďte důvody proč nepracovat na vaší pozici?

- a) Image firmy
- b) Jistota a stabilita firmy
- c) Zázemí firmy
- d) Životní šance
- e) Náhoda
- f) Nedostatek jiných příležitostí

- g) Prestiž vykonávané práce
- h) Náplň práce
- i) Možnost soustavného vzdělávání
- j) Peníze
- k) Dobrý kolektiv
- l) Kariéra
- m) Seberealizace
- n) Výsledky vykonané práce
- o) Pocit uznání
- p) Dobré vedení
- q) Stres

Otázka č. 12a: Jaká je v současné době Vaše motivace pro práci v sociální oblasti?

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) spíše špatná
- d) špatná
- e) žádná

Otázka č. 13a: Jak jste v současné době spokojení se svou prací? Prosím o Vaše subjektivní zhodnocení:

- a) velmi spokojený/á
- b) spíše spokojený/á
- c) spíše nespokojený/á
- d) nespokojený/á

Otázka č.14a: Jaké je Vaše platové ohodnocení?

- a) adekvátní
- b) spíše adekvátní
- c) spíše neadekvátní
- d) neadekvátní

Příloha 2 – Dotazník pro veřejnost

Otázka č. 1b: Co znamená pojem paliativní?

- a) Jedná se o specializovanou péči o seniory a jejich blízké
- b) Etymologie slova paliativní pochází z řeckého slova „pallium“ a to znamenalo vlněný plášť. Dnes je toto slovo proslulé především francouzskou značkou Pallia, která produkuje luxusní kabáty
- c) Jedná se o komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřenou péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu
- d) pojem mi nic neříká

Otázka č. 2b: Co znamená pojem hospic?

- a) Jedná se o dům pro poutníky
- b) Hospic poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům v závěrečné fázi nevléčitelného onemocnění
- c) Etymologie slova je z latiny a znamená „hostinec“
- d) Pojem mi nic neříká

Otázka č. 3b: Domníváte se, že v profesním složení hospice má zaujímat místo sociální pracovnice?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne

Otázka č. 4b: Označte prosím důležitost jednotlivých rolí sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči z pohledu klienta. Co vy sami, jako potenciální klienti, by jste ocenili od sociálních pracovníků nejvíce?

<i>The Social Workers roles in Hospice Palliative Care</i> Role sociálních pracovníků v hospicové paliativní péči	<i>The rating scale of each role</i> Vaše osobní hodnocení významnosti jednotlivých rolí	<i>Description of rating scale:</i> Popis hodnotící škály:
<i>Advocacy/</i> Etická arbitráž	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Assessment/</i> Posouzení	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Care Delivery/</i> Zajištění péče	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní

		3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Care Planning/</i> Plánování péče	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Community Capacity Building/</i> Informování a vzdělávání společnosti	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i>

		nevím
<i>Evaluation/</i> Hodnocení	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Decision making/</i> Rozhodování	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Education and Research</i> Vzdělávání a věda	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní

		4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Information Sharing</i> Předávání informací	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Interdisciplinary Team/</i> Multidisciplinární tým	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> , Naprosto zásadní 2 - <i>very essential</i> , Velmi zásadní 3 - <i>essential</i> , zásadní 4 - <i>somewhat essential</i> , Spíše zásadní 5 - <i>not essential</i> , nedůležité 6 – <i>unsure</i> nevím
<i>Self Reflective Practise/</i>	1-2-3-4-5-6	1 - <i>absolutely essential</i> ,

Sebezkušenostní praxe		<p>Naprosto zásadní</p> <p>2 - <i>very essential</i>,</p> <p>Velmi zásadní</p> <p>3 - <i>essential</i>,</p> <p>zásadní</p> <p>4 - <i>somewhat essential</i>,</p> <p>Spíše zásadní</p> <p>5 - <i>not essential</i>,</p> <p>nedůležité</p> <p>6 – <i>unsure</i></p> <p>nevím</p>
-----------------------	--	--

Otázka č. 5b: Myslíte si, že profese sociální práce má ve Vaší zemi dobrou prestiž?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne

Otázka č. 6b: Vnímáte sociální pracovníky jako kvalifikované odborníky?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne

Otázka č. 7b: Domníváte se, že jsou sociální pracovníci ve Vaší zemi adekvátně finančně ohodnocení?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne

d) ne